

Université de Sherbrooke

Attitudes à l'égard du poids et de l'apparence corporelle

Enquête auprès des enfants d'âge préscolaire et de leurs parents

Présenté par

Julie Dufort

Programme des sciences cliniques

Département des Sciences de la santé communautaire

Mémoire présenté à la Faculté de médecine

en vue de l'obtention du grade de

maître ès sciences (M.Sc.) en sciences cliniques

Le 5 juillet 2005



Library and
Archives Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Published Heritage
Branch

Direction du
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

ISBN: 978-0-494-17299-5

Our file Notre référence

ISBN: 978-0-494-17299-5

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

Composition du jury

◆ Directrices de recherche:

- Gina Bravo, Ph.D., Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke.
- Johanne Laguë, M.D., M.Sc., F.R.C.P., Institut national de santé publique du Québec & Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke.

◆ Réviseur interne:

- Linda Bell, Ph.D., Département des sciences infirmières, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke.

◆ Réviseur externe:

- Suzanne Laberge, Ph.D., Département de kinésiologie, Université de Montréal.

Table des matières

Liste des figures	V
Liste des tableaux	V
Remerciements	VI
Résumé	VII
Chapitre 1	1
1. Problématique.....	2
Chapitre 2	6
2.1 État des connaissances.....	7
2.1.1 L'obésité : un problème de santé important.....	7
2.1.2 Le contexte socioculturel entourant l'obésité.....	10
2.1.2.1 La discrimination en fonction du poids.....	13
2.1.3 Les impacts de la stigmatisation sur la santé des personnes obèses.....	14
2.1.3.1 Les impacts sur la santé physique.....	15
2.1.3.2 Les impacts sur la santé mentale.....	16
2.1.4 Les impacts de la stigmatisation sur la perception de l'image corporelle.....	18
2.1.5 La stigmatisation de l'obésité chez les enfants.....	24
2.1.5.1 Les attitudes envers l'obésité chez les enfants.....	26
2.1.5.2 L'âge d'apparition des attitudes négatives à l'égard du poids et de l'apparence corporelle.....	30
2.1.5.3 L'influence de l'environnement familial sur les attitudes à l'égard du poids et de l'apparence corporelle.....	34
2.1.5.4 Les instruments de mesure utilisés chez les enfants.....	36
2.2 Construit théorique.....	42
2.3 Objectifs de recherche.....	45
2.3.1 Objectifs principaux.....	45
2.3.2 Objectifs secondaires.....	46
2.4 Hypothèses de recherche.....	47
Chapitre 3	49
3.1 Dispositif de recherche.....	50
3.2 Population à l'étude.....	51
3.2.1 Population cible.....	51
3.2.2 Critères d'admissibilité.....	51
3.2.2.1 Critères d'admissibilité pour les services de garde.....	51
3.2.2.2 Critères d'admissibilité pour les enfants.....	52
3.2.2.3 Critères d'admissibilité pour les parents.....	52
3.2.2.4 Justification des critères d'admissibilité.....	53
3.3 Sélection de l'échantillon.....	54
3.4 Variables à l'étude et instruments de mesure.....	55
3.4.1 Variable dépendante.....	55
3.4.2 Variables indépendantes.....	56
3.5 Déroulement de l'étude et collecte des données.....	57
3.6 Taille de l'échantillon.....	60

3.7	Analyses des données.....	61
3.7.1	Description et codage des variables utilisées dans les analyses.....	62
3.8	Considérations éthiques.....	64
Chapitre 4	67
4.1	Résultat du processus de recrutement.....	68
4.2	Présentation de l'article intitulé " Preschoolers' attitudes toward obesity: Are they influenced by parental weight concerns and attitudes?".....	69
Chapitre 5	90
5.1	Biais et limites de l'étude.....	91
5.1.1	Limites instrumentales reliées aux activités des enfants.....	91
5.1.2	Limites instrumentales reliées au questionnaire des parents.....	94
5.2	Forces de l'étude.....	95
5.3	Quelques pistes à explorer.....	96
Chapitre 6	101
	Conclusion.....	102
Bibliographie	104

Annexes

♦ Annexe A	Activités destinées aux enfants.....	117
♦ Annexe B	Questionnaire destiné aux parents.....	124
♦ Annexe C	Formulaire de consentement – participation aux séries photographiques.....	136
♦ Annexe D	Lettre au Regroupement des centres de la petite enfance de la Montérégie (RCPEM).....	139
♦ Annexe E	Lettre d'appui du RCPEM.....	142
♦ Annexe F	Lettre d'invitation aux services de garde.....	144
♦ Annexe G	Lettre d'invitation aux parents.....	147
♦ Annexe H	Formulaire de consentement – participation à l'étude.....	150
♦ Annexe I	Lettre de remerciement aux services de garde.....	157
♦ Annexe J	Lettre de remerciement aux parents.....	159
♦ Annexe K	Carte de rappel.....	161
♦ Annexe L	Lettre de rappel.....	163
♦ Annexe M	Approbation du Comité de déontologie de la recherche.....	165

Liste des figures

Figure 1.	Modèle unifié de promotion de la santé au regard des problèmes reliés au poids.....	4
Figure 2.	Excès de poids selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998.....	8
Figure 3.	Relations entre les préoccupations à l'égard du poids et l'alimentation dysfonctionnelle.....	23
Figure 4.	Stimuli visuels utilisés lors de plusieurs études menées par Richardson et ses collègues entre 1961 et 1971.....	28
Figure 5.	Stimuli visuels utilisés par Brenner et Hinsdale pour les sujets féminins âgés de 5 et 6 ans.....	38
Figure 6.	Facteurs influençant le développement de la stigmatisation chez l'enfant.....	44

Liste des Tableaux

Tableau 1.	Définition et description des variables utilisées dans les analyses de corrélation.....	63
Table 1.*	Sociodemographic characteristics, body mass index and weight perception of participating parents.....	78
Table 2.*	Analyses of the associations between the dependent variable and independent variables.....	81

* Tableaux insérés dans l'article présentant les résultats

Remerciements

La rédaction de ce mémoire a été rendue possible grâce à la collaboration et au soutien de nombreuses personnes à qui je consacrerai ici quelques lignes pour tenter de remplacer les « merci » souvent pensés mais trop peu exprimés.

En premier lieu, j'aimerais remercier celle par qui ce projet fascinant a débuté. Un gros merci à toi, Lyne Mongeau, pour m'avoir transmis cet intérêt envers une problématique trop souvent négligée. Tes idées et tes conseils judicieux furent grandement appréciés. En deuxième lieu, j'aimerais remercier mes directrices de recherche, Gina Bravo et Johanne Laguë. Votre aide précieuse, vos conseils et votre encadrement m'ont permis de traverser cette étape importante de ma vie scientifique avec assurance. J'aimerais aussi remercier Maryse Guay et tous ceux qui, rapidement et sans hésitation, ont su adapter l'évolution de ma résidence et de ma maîtrise aux divers événements, petits et grands, qui ont parsemé mon chemin au cours des dernières années.

De plus, je ne peux passer sous silence l'appui des personnes qui ont contribué, à leur façon, à mon évolution personnelle depuis le début de ce projet. Merci Diane de m'avoir appris à toujours essayer de me surpasser. Merci Jonathan pour ton soutien, souvent silencieux, mais toujours palpable. Daniel, tu m'as permis de mettre en perspective tous mes petits problèmes du quotidien et d'avoir une vision de la vie à long terme. Merci de ta présence. Et surtout, un gros merci à toi, petite Alexane, pour m'avoir montré que l'impossible n'existe pas...

Résumé

Introduction :

L'obésité et les troubles liés à l'alimentation sont des problèmes de santé de plus en plus fréquents. Les valeurs culturelles en matière de beauté et les attitudes à l'égard du poids peuvent influencer le développement et l'évolution de ces pathologies, notamment en contribuant au développement de l'insatisfaction corporelle, qui est bien souvent un précurseur à l'alimentation dysfonctionnelle. D'un point de vue de santé publique, il est essentiel de mieux comprendre ces influences afin de pouvoir intervenir efficacement en ce qui concerne la prévention des problèmes de santé liés au poids et à l'alimentation. Ainsi, une meilleure compréhension des facteurs impliqués dans l'acquisition et le développement des attitudes à l'égard du poids et de l'apparence corporelle constitue un point de départ intéressant pour la recherche dans ce domaine encore peu développé.

Objectif général :

Évaluer les attitudes à l'égard du poids présentes chez les enfants d'âge préscolaire et déterminer l'influence des parents sur ces dernières.

Méthodologie :

Les attitudes à l'égard du poids ont été mesurées chez des enfants âgés de 4 ou 5 ans et fréquentant des services de garde montréalais. Pour ce faire, un questionnaire présenté sous forme de jeu a été utilisé. Les données concernant les facteurs pouvant contribuer au développement des attitudes chez les enfants (préoccupations et attitudes des parents face

au poids, données sociodémographiques, etc.) ont été obtenues par le biais d'un questionnaire distribué aux parents des enfants ayant participé à l'étude. Des analyses descriptives ont été menées sur l'ensemble des variables étudiées. De plus, des analyses de corrélation ont été effectuées pour étudier l'influence parentale sur les attitudes de leur enfant à l'égard de l'obésité.

Résultats :

Lors de l'étude, 244 enfants âgés de 4 ou 5 ans et leurs parents ont été invités à participer. Parmi ceux-ci, un peu plus de la moitié (52 %) ont accepté de participer. Chez les enfants, filles et garçons ont participé en proportions similaires (52 % et 48 % respectivement). Chez les parents par contre, ce sont majoritairement les mères qui ont répondu à l'invitation (82 % des parents répondants).

Selon nos observations, dès l'âge de 4 ans, les enfants manifestent des attitudes différentes selon le poids des individus qui leur sont présentés comme compagnons de jeux potentiels. En effet, lorsqu'on leur demande de classer en ordre de préférence des photographies représentant des enfants de divers poids, ils préfèrent les enfants ayant un poids-santé à ceux ayant un surplus de poids. Il en va de même lorsqu'on leur demande de choisir parmi des photographies de femmes adultes. Parmi les personnes ayant un surplus de poids, celles ayant un surplus de poids modéré sont préférées aux personnes obèses. Il semble que ces préférences soient les mêmes, peu importe le type de jeux suggérés (activités physiques telles que jouer au ballon et activités sédentaires telle que bricoler).

Nous avons également tenté de voir si certains facteurs pouvaient expliquer en partie les attitudes des enfants à l'égard du poids. Nous nous sommes principalement penchés sur l'influence que les parents pouvaient avoir via leurs attitudes envers l'obésité et leurs préoccupations en matière de poids. Suite à l'analyse de nos données, aucun facteur particulier n'a été mis en évidence comme ayant une influence significative.

Conclusions :

Les enfants présentent très tôt dans leur développement des attitudes négatives envers le surplus de poids. Les préoccupations et les attitudes des parents face au poids ne semblent pas être les principaux facteurs déterminant ces attitudes. Bien que nous ne puissions pour l'instant préciser quels facteurs influencent les attitudes des enfants, il est probable que certaines croyances et valeurs sociales les sous-tendent en partie. D'autres études devront être menées afin de préciser quels sont les facteurs contribuant au développement des attitudes. L'exploration de l'influence des pairs et des médias constituerait une piste fort intéressante. Quoique certains aspects du phénomène de la stigmatisation en fonction du poids restent à éclaircir, nous croyons qu'il est important de porter une attention particulière aux différents messages qui sont transmis aux enfants en matière d'apparence physique. Les enfants doivent développer une relation saine avec leur corps et leur apparence. En grandissant, ils doivent aussi développer leur tolérance face aux différences corporelles afin de ne pas perpétuer des préjugés ou d'avoir des comportements discriminatoires.

Mots clés: Obésité, attitudes, poids, enfants d'âge préscolaire, influence parentale, Québec.

Chapitre 1

1. Problématique

À travers l'histoire, l'apparence corporelle s'est toujours démarquée comme un facteur important dans la détermination de la valeur sociale des individus. Bien que l'apparence physique relève de plusieurs points, tels que les traits du visage et la couleur des yeux, le poids en est un élément tout spécialement déterminant. Ainsi, le poids corporel devient en lui-même un critère permettant de catégoriser les individus et de déterminer le type d'interaction que la société aura avec eux. La façon dont l'obésité et l'excès de poids sont considérés socialement a subi une évolution importante dans le temps sous l'influence de forces culturelles, économiques et politiques (Fischler, 1990). Aujourd'hui, l'excès de poids et l'obésité sont généralement perçus d'une façon négative. Les préjugés et les stéréotypes sociaux entourant l'obésité sont nombreux et ils alimentent fortement l'obsession de la minceur retrouvée dans les sociétés occidentales et touchant principalement le sexe féminin (Cash et Hicks, 1990; Robinson *et al.*, 1993).

Au Québec, l'Enquête sociale et de santé réalisée en 1998 indique que près de 9 % des femmes (20 ans et plus) présentant un poids insuffisant et 47,2 % de celles présentant un poids santé désirent diminuer leur poids (Ledoux et Rivard, 2001). Le modèle de la minceur socialement valorisé engendre donc une grande insatisfaction corporelle, couplée à des préoccupations excessives à l'égard du poids (Schaefer et Mongeau, 2000). Or, ces préoccupations excessives ont plusieurs répercussions négatives sur la santé. Elles entraînent entre autres des comportements alimentaires inadaptés, allant des diètes inappropriées jusqu'aux troubles de l'alimentation tels que l'anorexie et la boulimie (Berg, 1996a et b; Fairburn *et al.*, 1998; Stice, 1998; Gowers et Shore, 2001). De plus, en raison

des nombreuses attitudes négatives suscitées par l'excès de poids, les personnes obèses seraient défavorisées dans presque tous les aspects de leur vie (Harris, 1990; Miller *et al.*, 1995a; Crandall, 1995; Crandall et Schiffhauer, 1998; Myers et Rosen, 1999; Wadden *et al.*, 2000; Visscher et Seidell, 2001). Bien que ce domaine soit encore peu documenté dans la littérature, la discrimination selon le poids aurait également un impact négatif sur le bien-être psychologique et sur la santé des personnes qui souffrent d'obésité (Czajka-Narins et Parhams, 1990; Schaefer et Mongeau, 2000).

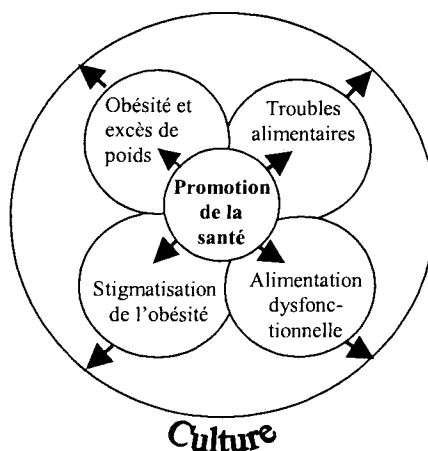
Malheureusement, le nombre de personnes souffrant d'obésité ne cesse d'augmenter et l'Organisation Mondiale de la Santé fait même état d'une "épidémie globale d'obésité" (OMS, 1998). Le Canada et le Québec n'échappent pas à cette courbe ascendante que suit l'évolution pondérale (Tremblay et Willms, 2000; Ledoux et Rivard, 2001). En raison de l'impact négatif de l'excès de poids sur le risque de maladies cardiovasculaires, de diabète et de cancers notamment (Reeder, 1996; CHHSRG, 1997; Santé et Bien-être social Canada, 1998a), des plans efficaces de prévention et d'intervention devront être mis en oeuvre sous peu, tant à l'échelle nationale que provinciale (Visscher et Seidell, 2001). Selon Nestle et Jacobson (2000), l'emphasis devra tout particulièrement être mise sur les programmes de prévention :

« Les effets néfastes de l'obésité sur les maladies chroniques, la morbidité et la mortalité; ses coûts médicaux, psychologiques et sociaux élevés; la multiplicité de ses causes; sa persistance de l'enfance à l'âge adulte; le peu de succès des différentes options de traitement; les risques associés aux traitements pharmacologiques; et la complexité des diverses lignes de conduite en matière de traitement constituent tous des arguments en faveur de l'augmentation de l'attention portée à la prévention de l'excès de poids et ce, débutant le plus tôt possible dans l'enfance. » (traduction libre).

Toutefois, ces programmes devront s'appuyer sur approche de promotion de la santé, globale et unifiée, touchant l'ensemble des problèmes reliés au poids (fig.1). En effet, les problèmes reliés au poids, regroupés par Berg (1996a) en quatre grandes classes, soit l'obésité et l'excès de poids, les troubles alimentaires, l'alimentation dysfonctionnelle et la stigmatisation, sont tous fortement interreliés et subissent tous l'influence de la culture. Une approche unifiée, ayant comme but premier de favoriser une bonne santé pour tous, peu importe le poids des individus, demandera d'abord de ne pas nuire. Pour ce faire, les interrelations entre les différentes classes de problèmes devront être reconnues afin d'éviter de "déplacer le mal" d'un problème à l'autre. Une approche unifiée nécessitera de plus un travail simultané sur tous les fronts. Elle devra également agir directement sur la culture et sur les normes sociales afin de contrer les pressions négatives que celles-ci exercent sur l'ensemble des problèmes reliés au poids.

Figure 1

Modèle unifié de promotion de la santé au regard des problèmes reliés au poids.



Source: Berg, F.M., (1996a)

Afin de permettre le développement d'une telle approche de promotion de la santé et afin d'éviter les effets pervers que pourraient amener certains programmes de santé publique, il est prioritaire de mieux comprendre pourquoi et comment se forme la stigmatisation et les préjugés à l'égard de l'obésité. Alors que les types de préjugés envers l'obésité sont assez bien documentés dans la littérature, très peu d'études se sont penchées sur les facteurs qui les sous-tendent et les influencent. Une meilleure connaissance des déterminants de l'attitude de la population face au poids corporel s'avère donc un premier pas nécessaire pour mieux intervenir en matière de poids corporel.

La présente étude s'inscrit dans ce contexte. Elle s'attarde plus particulièrement à l'influence des parents sur les attitudes négatives envers l'obésité et s'appuie sur la théorie de la socialisation parentale des stéréotypes reliés à l'apparence corporelle (Adams *et al.*, 1988).

Chapitre 2

2.1 État des connaissances

2.1.1 L'obésité : un problème de santé important

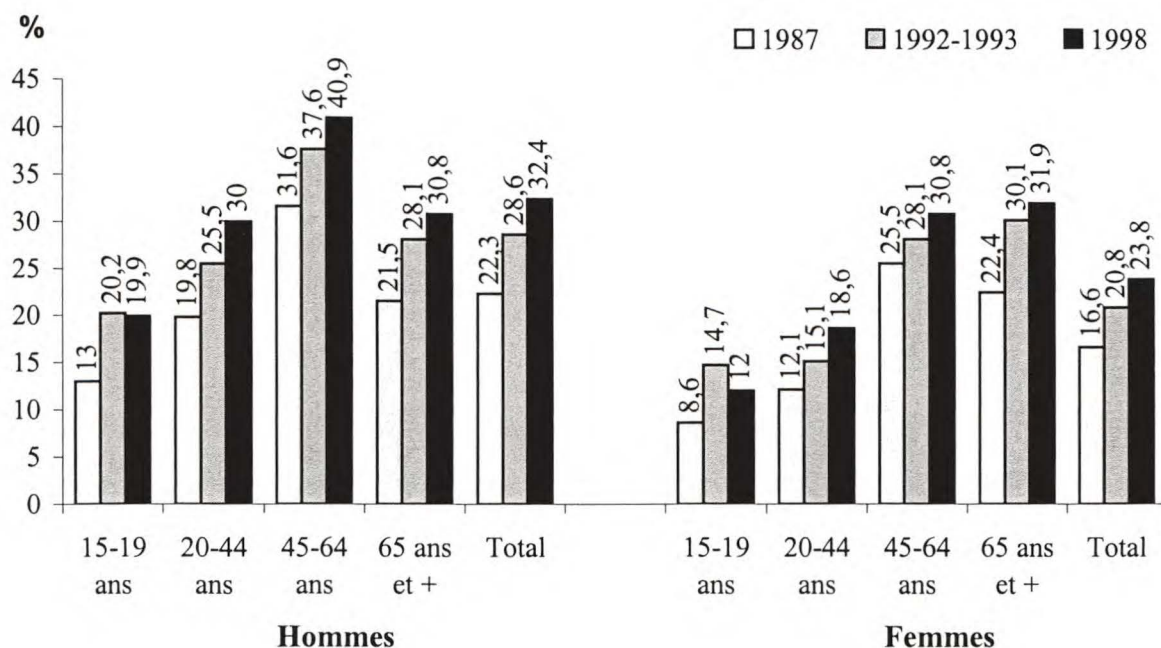
L'obésité est considérée comme une maladie chronique complexe et multifactorielle résultant d'une interaction entre le génotype et l'environnement (Schaefer et Mongeau, 2000). Elle se manifeste par un excès de masse grasse entraînant des inconvénients pour la santé (Schaefer et Mongeau, 2000). La compréhension de cette maladie nécessite l'intégration de facteurs sociaux, comportementaux, culturels, physiologiques, métaboliques et génétiques (NIH, 1998; OMS, 1998; Schaefer et Mongeau, 2000).

L'obésité est un problème de santé qui devient de plus en plus courant. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la prévalence de l'obésité suit une courbe ascendante. En fait, l'augmentation de l'excès de poids et de l'obésité retrouvée dans la plupart des pays industrialisés, tant chez les hommes que chez les femmes et peu importe le groupe d'âge, prend une telle ampleur que l'on peut maintenant la qualifier d'épidémie (OMS, 1998).

Le Québec, tout comme le Canada, n'échappe pas à ce phénomène et une augmentation de la prévalence de l'obésité peut y être observée (Katzmarzyk, 2002). Cette augmentation a été particulièrement importante au cours des vingt-cinq dernières années. Comme le démontre la figure 2 retrouvée à la page suivante, la proportion des personnes présentant un excès de poids progresse de façon constante depuis l'Enquête Santé Québec faite en 1987, et ce, pour les deux sexes et pour tous les groupes d'âge sauf pour celui des 15-19 ans.

Figure 2

Excès de poids selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



Sources: Institut de la statistique du Québec (2001)

Parmi la population âgée de 20 à 64 ans, 12,7 % des individus (sexes réunis) sont considérés comme obèses ($IMC \geq 30$), le quart de ces individus étant considérés comme sévèrement obèses ($IMC \geq 35$) (Ledoux et Rivard, 2001; Statistique Canada, 2001). Il s'agit d'une augmentation de l'obésité de 44 % depuis 1987, période où la prévalence n'était alors que de 9 % pour ce même groupe d'âge (Ledoux et Rivard, 2001).

En ce qui concerne la prévalence de l'obésité chez les enfants et les adolescents, les publications sont peu nombreuses puisque ni le Québec, ni le Canada, ne possède de système de surveillance de l'obésité dans l'enfance. De plus, l'absence de consensus entourant la définition de l'obésité ou de l'excès de poids chez les enfants et les

adolescents rend difficile toute comparaison. Ainsi, une seule étude en analyse l'évolution dans le temps. Selon celle-ci, la prévalence de l'obésité chez les enfants canadiens aurait plus que doublée entre 1981 et 1996, passant de 5 % à 13,5 % chez les garçons et de 5 % à 11,8 % chez les filles (Tremblay et Willms, 2000).

Cette augmentation de la prévalence de l'obésité est inquiétante, notamment en raison des nombreuses conséquences de l'obésité sur la santé. En effet, les risques reliés à l'obésité vont de la mortalité précoce accrue (OMS, 1998) jusqu'à de multiples comorbidités, souvent potentiellement fatales. Parmi ces comorbidités, on retrouve plus particulièrement les maladies cardiovasculaires, le diabète de type II, les néoplasies du tractus digestif et les néoplasies hormonodépendantes telles que les cancers de la prostate et les cancers du sein (OMS, 1998; NIH, 1998; Schaefer et Mongeau, 2000). L'obésité constitue également un facteur de risque pour diverses conditions d'origine mécanique (arthrose, goutte, etc.) qui, bien que rarement fatales, n'en demeurent pas moins invalidantes (OMS, 1998).

Ainsi, les conséquences de l'obésité sur la santé sont nombreuses et les coûts découlant de ces conditions ont un impact économique et social considérable. Certains auteurs estiment d'ailleurs que, d'ici quelques années, les coûts directs et indirects de santé reliés à l'obésité pourraient devenir plus importants que les coûts engendrés par n'importe quelle autre maladie (Whitaker *et al.*, 1997; Martin *et al.*, 2000).

Il n'existe présentement aucune donnée québécoise relative aux coûts engendrés par l'obésité. Par contre, on estime qu'au Canada, les coûts directs de santé attribuables à l'excès de poids ($IMC \geq 27$) totalisent environ 2,4 % du budget de santé canadien, soit

près de 2 milliards de dollars (valeur du dollar en 1997) (Birmingham *et al.*, 1999). Ces coûts englobent les dépenses de santé allouées au diagnostic et au traitement des comorbidités associées à l'excès de poids, mais ne prennent pas en compte les coûts indirects, ni les coûts reliés au traitement de l'obésité elle-même et visant la perte de poids (interventions médicales et chirurgicales).

Selon l'OMS (1998), des études préliminaires démontrent qu'une large proportion du fardeau sanitaire et économique de l'obésité pourrait être évitée par la mise en place de stratégies et d'interventions efficaces de prévention. Visscher et Seidell (2001) soulignent d'ailleurs l'importance de mettre sur pied, dans un avenir rapproché, des plans efficaces de prévention et d'intervention et ce, tant à l'échelle nationale que provinciale. Comme la compréhension de l'obésité nécessite, rappelons-le, l'intégration non seulement de facteurs physiologiques, métaboliques et génétiques, mais également de facteurs sociaux, comportementaux et culturels (NIH, 1998; OMS, 1998; Schaefer et Mongeau, 2000), le développement d'une approche globale de promotion de la santé et de prévention de l'obésité passe entre autres par une meilleure connaissance des déterminants de l'attitude sociale face au poids corporel.

2.1.2 Le contexte socioculturel entourant l'obésité

Bien qu'il n'existe pas d'écrits portant spécifiquement sur le contexte socioculturel entourant le poids corporel et l'obésité au Québec, la littérature étudiant ces thèmes en relation avec la culture occidentale est assez bien développée (Crandall, 1994; Puhl et Brownell, 2003).

Dans la culture occidentale, l'attrait physique, dont la minceur est un élément central, est un facteur important dans la détermination de la valeur sociale des individus. Ainsi, l'apparence physique et le poids sont utilisés comme critères pour catégoriser les individus. Ils déterminent également le type d'interaction que la société aura avec eux.

Selon Crandall et ses collègues, la détermination, la discipline et l'individualisme retrouvés présentement au cœur de la culture occidentale nous amènent, en tant que société, à attribuer les événements à des facteurs internes qui sont sous le contrôle personnel et donc à blâmer l'individu pour son propre destin. La situation d'un individu résulte donc de la somme de ses choix et de ses actions antérieures. En bout de ligne, l'individu obtient ce qu'il mérite. L'obèse est *responsable* de son poids (Crandall et Biernat, 1990; Crandall, 1994; Crandall et Martinez, 1996; Crandall et Schiffhauer, 1998). Glouton, paresseux et sans contrôle de soi, il voit s'inscrire dans sa chair la *marque* de ses faiblesses (Allon, 1982). Parce qu'il est perçu comme marquant les faiblesses d'un individu, l'excès de poids devient un *stigmat*.

Le stigmat peut être défini comme «une étiquette sociale puissante qui discrédite et entache la personne qui la reçoit et qui change radicalement la façon dont elle se perçoit et dont elle est perçue en tant que personne» (Alonzo et Reynolds, 1995). Toutes différences, visibles ou invisibles à l'œil, présentes chez une personne, ont le potentiel de devenir un stigmat. Pensons par exemple au sexe, à la race, à l'orientation sexuelle, à certaines maladies telles que l'infection au VIH et les maladies mentales ou encore à certains traits physiques tels que l'obésité. Ces caractéristiques, devenues stigmates,

influencent grandement le type d'interaction que les gens et la société entretiendront avec les individus qui les possèdent.

« En soi, un stigmat part d'une expression de norme sociale et culturelle qui façonne des relations entre les personnes conformes à cette norme et qui trace une frontière, dans la société, [...], entre "nous" et "eux" » (De Bruyn, 1998).

La stigmatisation peut donc être définie comme étant toute action ou parole menant à transformer une déficience, une incapacité, un handicap ou toute autre différence en une marque négative pour la personne (Blouin et Bergeron, 1997). Elle reflète l'expression de la dominance et de l'oppression (Krieger, 1999). La stigmatisation se traduit généralement par la discrimination, c'est-à-dire par le fait de mettre à part, de distinguer des autres un groupe social et de restreindre ses droits, et ce, au détriment de ce groupe (Dictionnaire Universel Francophone, 1997).

« Les stigmatisés constituent une catégorie d'individus que la société en général perçoit d'une façon péjorative, des gens qui sont dévalorisés, évités ou, d'une façon ou d'une autre, privés de certaines opportunités de la vie ou de l'accès aux bienfaits humanisants que procurent des rapports sociaux libres et aisés. » (traduction libre: Alonzo et Reynolds, 1995).

L'excès de poids, qui n'a pas toujours été perçu aussi négativement, est jugé aujourd'hui d'une façon particulièrement négative. L'obésité est associée avec plus de caractéristiques négatives qu'à peu près n'importe quels autres stigmates (Allon, 1982). Les personnes obèses sont généralement considérées comme étant laides, stupides, passives et peu créatives. Elles sont également perçues comme étant immorales, paresseuses, gloutonnes, sans contrôle de soi et sans motivation. On leur attribue même d'emblée des problèmes d'ordre émotionnel et psychologique (Allon, 1982 ; Fischler, 1990; Robinson *et al.*, 1993; Schaefer et Mongeau, 2000).

« L'obèse, stigmatisé, est privé de son droit d'être évalué selon le caractère unique de sa propre personnalité. » (traduction libre : Kalisch, 1972)

La stigmatisation de la personne obèse inclut donc le rejet et la disgrâce reliés à cette condition qui est perçue à la fois comme une déformation corporelle et comme une aberration comportementale (Allon, 1979). Ainsi l'obèse est doublement désavantagé. D'abord parce qu'il est stigmatisé et discriminé. Ensuite parce qu'on lui laisse croire qu'il mérite cette discrimination et parce que lui-même finit par croire que ce traitement est justifié (Cahnman, 1968; Allon, 1979). En fait, l'obèse se voit la cible d'une des dernières formes de discrimination encore acceptées socialement (Puhl et Brownell, 2002 et 2003). D'ailleurs, selon Crandall (1994), la discrimination selon le poids ressemble au racisme d'il y a 50 ans : elle est ouvertement exprimée et majoritairement acceptée.

2.1.2.1 La discrimination en fonction du poids

Nous venons de voir que le contexte socioculturel actuel et les valeurs sociales qui en découlent favorisent la discrimination en fonction du poids. Selon les recherches et les enquêtes les plus récentes, cette discrimination est vécue quotidiennement par les personnes obèses et elle affecte presque tous les aspects de leur vie (Puhl et Brownell, 2002 et 2003). En effet, la littérature démontre que la discrimination des personnes obèses influence négativement les relations interpersonnelles (Harris, 1990; Miller *et al.*, 1995a et b), le salaire (Sarlio-Lahteenkorva *et al.*, 2004), l'accès au marché du travail (Crandall et Schiffhauer, 1998; Myers et Rosen, 1999), à l'éducation (Crandall, 1995), et même aux soins de santé (Wadden *et al.*, 2000; Visscher et Seidell, 2001). Cette discrimination serait importante au point de réduire le niveau socioéconomique des personnes obèses (Sobal et

Stunkard, 1989; Gortmaker *et al.*, 1993; Crandall et Schiffhauer, 1998; Myers et Rosen, 1999).

Le milieu familial et le réseau d'amis constituent la source principale de discrimination envers les personnes ayant un surplus pondéral. La très grande majorité (98 %) des adultes considérés comme obèses rapportent se faire critiquer, ridiculiser ou harceler en raison de leur poids par des membres de leur famille ou par des proches (Myers et Rosen, 1999). Chez les enfants, le milieu scolaire et le milieu familial sont les sources les plus importantes de discrimination (Neumark-Sztainer *et al.*, 1998). Dans une étude menée en 1996 par Rieves et Cash, les femmes participantes ayant été victimes de moqueries liées au poids durant l'enfance ou l'adolescence rapportent que ces moqueries étaient principalement émises par leurs pairs et leurs parents. De plus, une étude a démontré que les parents ayant un enfant obèse entretiennent de moins bonnes relations, interviennent de façon différente et ont tendance à critiquer plus souvent celui-ci comparativement à leurs enfants de poids normal (Kinston *et al.*, 1988).

2.1.3 Les impacts de la stigmatisation sur la santé des personnes obèses

Comme nous l'avons souligné précédemment, le contexte socioculturel influence la stigmatisation de l'obésité et la discrimination selon le poids. Cette discrimination a non seulement un impact sur la qualité de vie et le statut socioéconomique des personnes qui la subissent, mais également sur leur état de santé physique et mentale (Puhl et Brownell, 2003).

2.1.3.1 Les impacts sur la santé physique

La littérature scientifique portant sur l'impact de la stigmatisation et de la discrimination sur la santé physique des personnes qui en sont la cible est encore jeune et aucune des rares études ne porte spécifiquement sur le stigmate du poids. Toutefois, la littérature documente tout de même une certaine association entre le racisme, le sexisme ou la discrimination selon l'orientation sexuelle, d'une part, et l'hypertension artérielle, les plaintes somatiques et même la mortalité pour toutes causes, d'autre part (Krieger, 1999 et 2002).

Dans ses écrits, Krieger regroupe, sous trois niveaux, les principales voies par lesquelles la discrimination et la stigmatisation peuvent influencer la santé d'un individu, soit :

- **Le niveau populationnel:** Discrimination → Ségrégation (résidentielle, milieu de travail, etc.) → Concentration de la pauvreté, accessibilité réduite aux services, impuissance politique et sociale, etc. → Taux élevés de morbidité et de mortalité.
- **Le niveau individuel, indirect:** Discrimination par les professionnels de la santé → Différence au niveau des traitements et des soins de santé → Impact sur la santé.
- **Le niveau individuel, direct:** Discrimination → Menace perçue ou réelle → Peur, honte, colère, déni, etc. → Réponses physiologiques (cardiovasculaires, endocriniennes, neurologiques, immunitaires, etc.) → Impact sur la santé.

Ce dernier niveau appuie d'ailleurs les propos tenus par Allon (1982) et par Puhl et Brownell (2003) qui stipulent que le stress psychosomatique relié à la stigmatisation pourrait bien expliquer en partie la présence ou l'importance de certains troubles physiologiques reliés à l'obésité. Czajka-Narins et Parham (1990) considèrent d'ailleurs que, chez les individus présentant un excès de poids ou une obésité légère à modérée, les

effets physiologiques du stress résultant des divers préjudices sociaux pourraient être plus importants et plus néfastes pour la santé que les complications physiques directement attribuables à l'obésité.

2.1.3.2 Les impacts sur la santé mentale

La stigmatisation de la personne obèse entraîne un énorme fardeau psychologique et, en terme de souffrance, ce fardeau pourrait bien surpasser de loin les complications médicales reliées à l'obésité (Stunkard et Wadden, 1992). Selon de nombreuses théories sociopsychologiques, la discrimination d'un groupe peut affecter de façon importante l'estime de soi (Crocker *et al.*, 1993; Myers et Rosen, 1999). Les obèses, contrairement à la plupart des autres groupes stigmatisés et discriminés, seraient particulièrement à risque de développer une mauvaise estime personnelle puisque, bien qu'ils reconnaissent les réactions négatives de leur entourage envers leur poids, ils les considèrent comme étant justifiées (Crocker *et al.*, 1993).

Les études portant sur la discrimination en général démontrent majoritairement un impact négatif sur la santé mentale, notamment en ce qui a trait à la détresse psychologique, à la dépression et au bien-être mental (Krieger, 2002). Cependant, la littérature scientifique portant spécifiquement sur la discrimination en fonction du poids est plus contradictoire. Selon Czajka-Narins et Parham (1990), la discrimination subie par les personnes obèses occasionne des troubles psychologiques importants. Carpenter et ses collègues (2000) soulignent à cet effet l'association entre l'obésité et un risque accru de dépression ainsi que d'idéations et de tentatives suicidaires. Au Québec, l'Enquête sociale et de santé

auprès des enfants et des adolescents québécois de 1999 a démontré que les filles ayant un excès de poids sont proportionnellement moins nombreuses à présenter un niveau élevé d'estime de soi lorsque comparées aux filles ayant un poids normal ou insuffisant (4,8 % vs 17 % chez les filles de 13 ans et 14 % vs 27 % chez celles de 16 ans). De plus, près du tiers (37 %) des filles de 16 ans ayant un excès de poids présentent un niveau élevé de détresse psychologique, contre 25 % chez celles ayant un poids normal ou insuffisant. L'enquête n'a pas mis en évidence ces relations chez les garçons (Aubin *et al.*, 2002). Présentement, nous ne disposons d'aucune donnée similaire en ce qui concerne la population québécoise ou canadienne d'âge adulte.

À l'inverse, les résultats d'une méta-analyse regroupant plusieurs études américaines examinant la relation entre l'obésité et les troubles psychologiques montrent l'absence de différences claires et consistantes entre l'état de santé mentale des personnes obèses et celui des personnes de poids normal (Friedman et Brownell, 1995). Ces contradictions semblent en fait indiquer que toutes les personnes obèses ne présentent pas la même vulnérabilité face à la stigmatisation et que ces personnes ne forment pas un groupe homogène. Effectivement, il semblerait que certains facteurs spécifiques comme le sexe féminin, le degré d'obésité, l'âge au moment de l'apparition de l'obésité ainsi que l'effet négatif de la discrimination sur l'estime de soi et l'image corporelle contribueraient au développement d'une plus grande vulnérabilité (NIH, 1998; Schaefer et Mongeau, 2000).

S'il demeure incertain que les individus obèses soient plus à risque de souffrir de troubles mentaux en général, des études semblent démontrer qu'ils seraient toutefois plus à risque de souffrir de problèmes psychologiques directement reliés à l'apparence physique tels

que les compulsions alimentaires et les perturbations de l'image corporelle (Stunkard et Wadden, 1992). En effet, certaines études démontrent que la prévalence des compulsions alimentaires augmente de façon importante avec l'augmentation de l'IMC (Telch *et al.*, 1988; Stunkard et Wadden, 1992). Les personnes obèses présentant des compulsions alimentaires rapportent également un taux élevé de détresse psychologique, y compris d'anxiété, de dépression et de troubles de type obsessionnel-compulsif (Stunkard et Wadden, 1992; Telch et Agras, 1994).

2.1.4 Les impacts de la stigmatisation de l'obésité sur la perception de l'image corporelle

La littérature scientifique suggère que l'importance et les conséquences des préjugés sociaux entourant l'obésité favorisent le développement du phénomène d'obsession de la minceur et de la phobie de l'excès de poids que l'on retrouve dans les sociétés occidentales et qui touche principalement les femmes (Cash et Hicks, 1990; Robinson *et al.*, 1993; Schaefer et Mongeau, 2000). Ce culte de la minceur, une fois ancré dans les valeurs sociales, contribue à la formation d'un cercle vicieux en venant renforcer, par un effet rétroactif, la stigmatisation de l'obésité. En effet, la valorisation occidentale de la minceur alimente la stigmatisation et la discrimination en fonction du poids en influençant négativement l'intégration sociale des individus, et plus particulièrement des femmes, qui s'éloignent de la norme. Il en résulte alors de multiples désavantages économiques et sociaux menant à la marginalisation.

L'ampleur de cette phobie sociale de l'excès de poids est bien démontrée dans l'analyse de contenu réalisée par Czajka-Narins et Parham en 1990 et regroupant plusieurs magazines féminins, publiés entre 1950 et 1983. Selon cette analyse, durant cette période, le nombre d'articles au sujet de la perte de poids n'a cessé d'augmenter alors que le poids apparent des mannequins féminins, lui, diminuait de plus en plus. Aujourd'hui, le poids des mannequins féminins se retrouve à plus de 15 % sous le seuil d'IMC minimal recommandé et n'est atteint que par moins de 5 % des femmes (Falkner *et al.*, 1999; Andrist, 2003).

Face à ce culte de la minceur, il n'est pas étonnant de constater que la plupart des femmes manifestent des préoccupations importantes envers leur poids, et ce, qu'elles présentent ou non un embonpoint. Ainsi, elles sont nombreuses à souhaiter obtenir ce corps mince dont les charmes sont valorisés socialement. Au Québec, alors que plus d'hommes adultes que de femmes présentent un excès de poids, elles sont 53,3 % à désirer modifier leur poids à la baisse comparativement à seulement 34,3 % des hommes (Ledoux et Rivard, 2001). Cette insatisfaction corporelle et ce désir d'une plus petite silhouette se retrouvent également chez 34,7 % des fillettes de 9 ans et 44,1 % des filles de 13 ans (Ledoux *et al.*, 2002). Les études semblent donc démontrer que l'insatisfaction face au poids et à l'image corporelle est un problème clairement féminin et ce, même avant l'adolescence. Or, cette insatisfaction à l'égard de son apparence n'est pas sans conséquence. Une étude de l'OMS portant sur la santé des jeunes canadiens (King *et al.*, 1999) a d'ailleurs démontré une association entre le fait de vouloir changer quelque chose à son apparence corporelle et une vulnérabilité plus importante à éprouver des sentiments de solitude, de dépression, d'impuissance, d'être un intrus et de ne pas se sentir heureux.

Dans la plupart des cas, les raisons sous-jacentes au désir de perdre ou de maintenir son poids sont beaucoup plus souvent d'ordre esthétique que sanitaire (OMS, 1998; Santé et Bien-être social Canada, 1998a et 1998b). L'Enquête sociale et de santé 1998 rapporte que chez les québécoises âgées de 15 ans et plus désirant perdre du poids, indépendamment de leur indice de masse corporelle (IMC), l'apparence physique est la raison la plus souvent citée. En fait, 82 % à 91 % des femmes mentionneraient des raisons esthétiques comme raisons pour perdre du poids alors que seulement 44 % à 81,5 % des femmes citeraient la santé (Ledoux et Rivard, 2001). Or, la littérature rapporte que les individus qui tentent de perdre du poids pour des raisons esthétiques utilisent des stratégies de diète moins saines et plus draconiennes que les individus désirant perdre du poids pour des raisons de santé (Putterman et Linden, 2004).

Au-delà de leur insatisfaction corporelle, nombre de femmes et des fillettes mènent effectivement des actions concrètes afin de modifier leur apparence. Par exemple, l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, faite en 1999, rapporte que dès l'âge de 9 ans, plus d'une fille sur quatre (27 %) ayant un poids insuffisant ou un poids-santé, tente activement de perdre du poids (Ledoux *et al.*, 2002). Dans la majorité des cas, les actions menées pour modifier le poids touchent d'abord l'alimentation.

L'insatisfaction corporelle et les préoccupations à l'égard du poids ont donc un impact important sur le rapport qu'ont les individus avec la nourriture. Le désir de se conformer aux normes de beauté mène souvent l'individu à développer une alimentation dite

"dysfonctionnelle". L'alimentation dysfonctionnelle est une alimentation qui s'éloigne de sa fonction primaire et échappe aux contrôles internes de régulation.

L'alimentation saine se veut au départ une source d'énergie et de force, contrôlée par des facteurs tels que l'appétit, la faim ou la satiété et visant la santé du corps ainsi que le bien-être psychologique. Il s'agit d'une alimentation flexible qui permet à l'individu de manger pour combler ses besoins physiques ainsi que pour le plaisir (Berg, 1996a).

De son côté, l'alimentation dysfonctionnelle sert d'abord d'autres fonctions. Elle vise par exemple la minceur, la sculpture du corps et l'amélioration de l'image corporelle. Elle vise également à soulager le stress, l'anxiété, la rage, l'ennui ou la solitude. L'alimentation dysfonctionnelle est régulée par des facteurs externes inappropriés tels que la "volonté", le "contrôle de soi" ou encore par des règles diététiques strictes et inflexibles. Elle est caractérisée par des habitudes alimentaires chaotiques, des diètes et des régimes répétés aussi bien que par une sous-alimentation ou une suralimentation persistantes. L'alimentation dysfonctionnelle existe dans un continuum entre l'alimentation saine et les troubles alimentaires (Scarano et Kalonder-Martin, 1994; Berg 1996a; McFarlane *et al.*, 2001). Elle se traduit par exemple par des diètes drastiques, l'induction de vomissements ou la prise de laxatifs. Son intensité peut varier dans le temps et selon les individus (Berg, 1996a). Les études suggèrent que l'alimentation dysfonctionnelle devient de plus en plus prévalente dans les pays développés, et ce, tout particulièrement au sein de la population féminine. De plus, comme les pressions sociales en regard de la minceur ne cessent d'augmenter, ce type d'alimentation touche une population de plus en plus jeune (Berg, 1996a). Les enfants grandissent avec des attitudes aberrantes envers la nourriture,

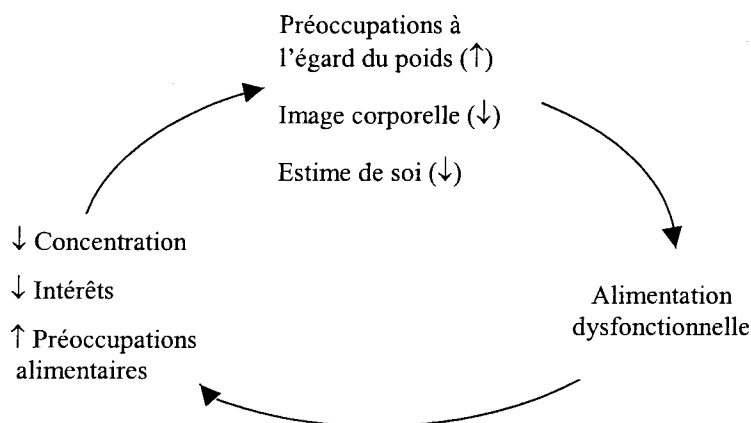
l'alimentation et le poids en raison de l'importante phobie de la graisse retrouvée dans notre culture. Ils s'éloignent des habitudes alimentaires saines pour se tourner vers une alimentation restreinte et chaotique. La restriction alimentaire et les diètes se retrouvent dès l'âge de neuf ans et elles deviennent si courantes chez les enfants plus âgés qu'elles peuvent être qualifiées de "normes" (Berg, 1996a). Au Québec, parmi les adolescents(es) ayant tenté de perdre ou de contrôler leur poids dans les six mois précédents l'enquête sociale et de santé menée en 1999 auprès des enfants et des adolescents, près de un sur quatre déclare avoir suivi une diète et une proportion équivalente déclare avoir jeûné pendant toute une journée (Ledoux *et al.*, 2002). Cette étude rapporte également que 15 % des jeunes affirment souvent sauter des repas pour ces mêmes raisons (Ledoux *et al.*, 2002).

Les habitudes alimentaires dysfonctionnelles ne sont pas sans conséquences physiques et psychologiques. On sait qu'outre le manque d'énergie et la fatigue, la sous-alimentation, même modérée, peut aussi entraîner une déminéralisation osseuse et une perte de désir sexuel (Kirkley et Burge, 1989; Berg, 1996a). De plus, chez les enfants, la restriction calorique peut entraîner un retard de croissance et une puberté retardée. Plusieurs cas de retard de croissance ou pubertaire ont été rapportés dans la littérature pédiatrique depuis la fin des années 70 (Pugliese *et al.*, 1983; Gustafson-Larson et Terry, 1992). Malgré tout, un des effets les plus dramatiques de l'alimentation dysfonctionnelle reste sûrement son impact important sur le processus de la pensée. Plus les habitudes alimentaires deviennent inappropriées, plus la capacité de concentration et l'état d'alerte mentale diminuent. L'ambition personnelle se perd et les intérêts se replient à un point tel que la nourriture s'y retrouve omniprésente. Les préoccupations alimentaires deviennent de plus en plus

importantes et l'individu se désintéresse de sa carrière ou de sa scolarité, de sa famille, de ses amis et finit par se retirer des activités sociales. Il devient irritable, anxieux, apathique et isolé. Il finit par développer des préoccupations excessives envers son poids et son image corporelle ainsi qu'une faible estime de soi (Berg, 1996a). Ainsi, des séquences répétées visant la perte ou le contrôle du poids peuvent représenter un facteur de risque important dans le développement de problèmes psychologiques et physiques (Pugliese *et al.*, 1983; Palla *et al.*, 1988; Neumark-Sztainer *et al.*, 1997).

La figure 3 propose un modèle illustrant la circularité de la relation entre les préoccupations à l'égard du poids et l'alimentation dysfonctionnelle. En effet, les préoccupations à l'égard du poids se retrouvent à la fois comme pré-requis au développement d'une alimentation dysfonctionnelle et comme conséquence (augmentation des préoccupations couplée à un appauvrissement de l'estime de soi et de l'image corporelle).

Figure 3
Relations entre les préoccupations à l'égard du poids et l'alimentation dysfonctionnelle.



Source: Inspiré de Berg (1996a)

Présentement, il faut se demander si l'importante prévalence des comportements alimentaires dysfonctionnels ne viendra pas augmenter la prévalence des troubles alimentaires tels que l'anorexie et la boulimie. Dans l'article qu'elle a publié en 1996, Berg rapporte les résultats obtenus dans diverses études longitudinales ayant été menées sur une ou deux années. Ces résultats démontrent que près de 35 % des individus suivant une diète vont évoluer vers des diètes dites «pathologiques». De plus, 20 à 25 % des individus suivant des diètes de façon pathologique vont évoluer vers des troubles alimentaires francs sur une période allant de une à quatre années. Il n'est donc pas surprenant d'apprendre qu'avec l'augmentation de l'attention sociale accordée au poids, les taux d'incidence de syndromes anorexiques, dont l'étiologie dépend d'interactions complexes entre des facteurs personnels et environnementaux, n'aient cessé d'augmenter au cours des dernières décennies (Devaud *et al.*, 1995). Selon certains auteurs, l'incidence de ces syndromes aurait plus que quadruplée depuis les années 50 (Czajka-Narins et Parham, 1990). Ainsi, on estime qu'aux États-Unis, dans les groupes socioéconomiquement favorisés, près d'une jeune fille sur 250 pourrait souffrir d'anorexie nerveuse. De plus, jusqu'à six jeunes filles sur 100 pourraient souffrir de boulimie dans ces mêmes groupes (Czajka-Narins et Parham, 1990). Au Québec, 15,9 % de jeunes filles âgées entre 15 et 20 ans présenteraient des attitudes et des comportements alimentaires associés aux troubles de l'alimentation (Ratté *et al.*, 1989; Bolduc *et al.*, 1993).

2.1.5 La stigmatisation de l'obésité chez les enfants

Jusqu'à présent, nous avons souligné l'importance de l'obésité comme problème de santé publique. Nous avons également vu comment des facteurs socioculturels tels que la

stigmatisation de l'obésité et le culte de la minceur ont un impact négatif sur la santé. Conséquemment, il nous apparaît ici important de mieux comprendre certains des facteurs qui influencent l'attitude sociale face au poids corporel. Ainsi, nous nous attarderons maintenant au phénomène de la stigmatisation de l'obésité chez les enfants, et plus particulièrement à l'influence des parents sur les attitudes négatives par lesquelles se traduit la stigmatisation.

En premier lieu, il est important de mentionner que la littérature portant sur les attitudes des enfants envers le poids ou l'apparence corporelle se fait vieillissante, la plupart des études ayant été publiées dans les années 60 et 70. Par la suite, les publications deviennent quasi inexistantes. On observe cependant une recrudescence récente de l'intérêt scientifique pour ce sujet. Il est difficile d'expliquer pourquoi les attitudes envers l'apparence corporelle ont constitué un sujet de recherche suscitant de l'intérêt dans les années 60 et 70 pour ensuite presque disparaître. Soulignons qu'à l'époque, les études portaient majoritairement sur l'apparence corporelle en général ainsi que sur la présence d'handicaps physiques. Plusieurs d'entre elles ont d'ailleurs été menées et financées par le biais d'organismes visant l'intégration des personnes handicapées (Goodman *et al.*, 1963; Richardson et Royce, 1968; Richardson, 1970, 1971).

Il est possible d'émettre l'hypothèse que par la suite, la recherche scientifique dans ce domaine, qui avait jusqu'alors été menée presque exclusivement aux États-Unis, ait tout simplement été victime du renforcement des valeurs nord-américaines de l'individualisme et de l'accomplissement personnel. Perçue comme un problème individuel résultant de mauvaises habitudes personnelles, l'obésité semble être devenue plus un embarras social

qu'un problème de santé publique (Kumanyika, 2001) et l'étude des différents phénomènes entourant l'obésité serait ainsi devenue moins populaire.

La situation actuelle de l'obésité dans les différents pays industrialisés, notamment l'importante augmentation de la prévalence de l'excès de poids, semble avoir remise l'obésité sur la liste des sujets d'actualité. Cela pourrait expliquer, du moins en partie, la recrudescence de l'intérêt scientifique pour les phénomènes entourant l'obésité, tels que la stigmatisation de l'obésité ou les préoccupations excessives à l'égard du poids, qui se traduit notamment par l'apparition récente de publications scientifiques traitant des attitudes envers l'obésité chez les enfants.

2.1.5.1 Les attitudes envers l'obésité chez les enfants

Plusieurs études démontrent que les enfants tendent à attribuer à leurs pairs certaines caractéristiques, positives ou négatives, selon leur attrait physique (Vaughn et Langlois, 1983) et que le stigmate de l'obésité, tel que rencontré dans la population adulte, se retrouve déjà tôt dans l'enfance (Allon, 1982). Ainsi, les préjugés et la stigmatisation envers l'obésité pourraient être formés dès l'âge préscolaire (Puhl et Brownell, 2002). En effet, la littérature démontre qu'au début de la scolarisation (5-6 ans), les garçons comme les filles ont déjà développé une aversion pour les corps trop ronds et montrent une franche préférence pour les corps minces et athlétiques (Allon, 1982).

Déjà en 1967, Staffieri démontre que les enfants de 6 à 10 ans, ayant un poids normal et même un excès de poids, portent un jugement négatif à l'égard d'une silhouette

représentant un enfant obèse et l'étiquettent comme étant l'image d'un enfant tricheur, menteur, sale, paresseux, méchant, laid, stupide, bagarreur, anxieux, triste et solitaire ($p < 0,001$). Dans les mêmes années, Lerner et Gellert (1969) publient une étude indiquant que 86 % des jeunes enfants de race blanche âgés de 5 à 6 ans manifestent une aversion devant la photo d'un enfant obèse en costume de bain.

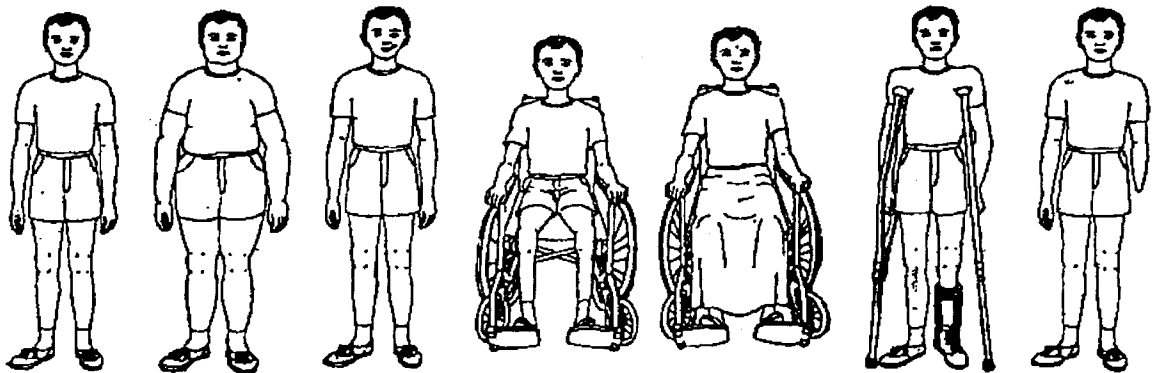
Cette aversion notée par Lerner et Gellert (1969) se retrouve de façon relativement constante à travers les âges. En effet, Lerner et Korn (1972) rapportent que les garçons âgés de 5, 15 et 20 ans, peu importe leur poids, décrivent négativement une silhouette obèse alors qu'ils décrivent de façon positive la silhouette de poids normal. Ils rapportent également que les garçons présentant un excès pondéral emploient à leur égard des attributs négatifs, suggérant ainsi l'aversion et le rejet de leur propre corps. Finalement, dans cette même étude, seulement trois garçons sur 180 ont exprimé le désir de ressembler à la silhouette plus grasse. Des études utilisant une méthodologie similaire rapportent des résultats comparables, tant chez les garçons (Lerner, 1969; Lerner et Schroeder 1971a et b) que chez les filles (Brenner et Hinsdale, 1978) et ce, dans plusieurs ethnies (Lerner et Pool, 1972; Harris et Smith, 1983; Collins, 1991; Thompson *et al.*, 1997).

D'autres études, utilisant une série de dessins en noir et blanc représentant des enfants avec ou sans handicaps physiques (figure.4, page suivante) ou utilisant une variation de cette série, démontrent que les enfants tendent à attribuer le dernier rang de préférence à l'enfant obèse dès l'âge de 5 à 6 ans (Goodman *et al.*, 1963; Richardson et Royce, 1968 ; Richardson, 1971). Allon (1982) mentionne également de nombreuses études rapportant

des résultats identiques chez plusieurs groupes d'enfants et ce, peu importe leur âge, leur sexe, leur race, leur statut socioéconomique et même la présence ou l'absence d'handicap. De plus, une réplication récente de ces études suggère que la stigmatisation des enfants obèses a augmenté au cours des quarante dernières années (Latner et Stunkard, 2003).

Figure 4

Stimuli visuels utilisés lors de plusieurs études menées par Richardson et ses collègues entre 1961 et 1971



Source : Richardson, 1970, 1971

Certaines études ont également démontré que les attitudes négatives envers les personnes présentant un excès pondéral affectent directement le comportement des gens envers les membres de ce groupe (Allon, 1982). En effet, des études ont rapporté que les enfants d'âge scolaire maintiennent une plus grande distance personnelle avec les enfants obèses qu'avec les enfants minces ou de poids normal (Lerner, 1973; Lerner et al., 1975). Les enfants obèses sont plus susceptibles de vivre le rejet et sont moins facilement acceptés par leurs pairs (Strauss et al., 1985). Ces résultats suggèrent que les enfants sont moins confortables avec les enfants obèses et sont moins susceptibles de s'affilier à eux.

Finalement, quelques études se sont penchées sur l'influence que pouvait avoir les caractéristiques physiques des enfants sur les attitudes qu'ils démontrent face au poids (p.ex. Wardle *et al.*, 1995; Hill et Silver, 1995). Selon Cramer et Steinwert (1998), la stigmatisation des individus obèses se retrouve de façon similaire entre les sexes et n'est pas influencée par le poids personnel. En fait, les enfants présentant un excès de poids semblent présenter des attitudes plus négatives que les enfants ayant un poids-santé. Une seconde étude, publiée par Tiggemann et Anesbury (2000), rapporte également que les enfants exhibent des attitudes négatives envers les personnes obèses (enfants et adultes) et ce, peu importe leur sexe, leur âge ou leur propre poids. Lors de cette étude, les auteurs ont également trouvé que la majorité des enfants présume que le poids est une question de contrôle personnel et que les stéréotypes négatifs sont corrélés positivement avec cette croyance. Malgré cela, la diffusion d'informations médicales ayant pour but d'invalider cette croyance et d'expliquer les causes de l'obésité semble avoir un effet minime sur les attitudes dirigées envers les personnes obèses (Bell et Morgan, 2000).

Dans l'ensemble, ces études nous amènent à conclure que les stéréotypes et les préjugés véhiculés socialement en regard de l'obésité se manifestent dès l'enfance et qu'ils sont comparables à ceux qui sont documentés dans la population adulte. Elles suggèrent également que les attitudes envers l'obésité, contrairement à l'insatisfaction corporelle, varient peu selon les caractéristiques physiques de l'individu (Harris et Smith, 1982).

Toutefois, en ce qui concerne spécifiquement l'effet du sexe sur les attitudes, la littérature scientifique est contradictoire. Ainsi, alors que la plupart des études mentionnées précédemment concluent à l'absence de différence entre les sexes, on retrouve également

plusieurs études rapportant au contraire que les filles développent une conscience des différences ayant trait à l'apparence physique plus tôt que les garçons (Lerner and Gellert, 1969; Richardson, 1970; Lerner *et al.*, 1975 ; Vaughn and Langlois, 1983). Ainsi, une étude récente menée chez des enfants de 7 à 9 ans et visant à évaluer la différence retrouvée entre les sexes au regard de la stigmatisation de l'excès de poids note une certaine variation dans les préférences des jeunes en matière de poids selon leur sexe (Kraig et Keel, 2001). Cette recherche démontre qu'entre trois silhouettes (mince, poids moyen et excès de poids), les enfants préfèrent la silhouette mince à la silhouette de poids moyen ($p < 0,01$). Ils préfèrent toutefois cette dernière à la silhouette ayant un excès de poids ($p < 0,01$). Cette recherche rapporte également qu'en général, les jeunes garçons favorisent les silhouettes minces et de poids moyen, silhouettes qu'ils discriminent de la silhouette plus corpulente. De leur côté, les jeunes filles démarquent les deux silhouettes de poids plus important (poids moyen et excès de poids) de la silhouette la plus mince qu'elles favorisent particulièrement.

2.1.5.2 L'âge d'apparition des attitudes négatives à l'égard du poids et de l'apparence corporelle

Certains auteurs se sont penchés plus spécifiquement sur l'âge à partir duquel se développe le jugement de l'autre en fonction de l'attrait physique. Les données recueillies par Cavior et Lombardi (1973) tendent à démontrer que les enfants commencent en général à utiliser des critères communs pour juger l'apparence physique d'autrui vers l'âge de 6 ans et que, dès l'âge de 8 ans, les critères utilisés sont les mêmes que ceux retrouvés chez les adultes. Les données recueillies par Cavior et Lombardi tendent

également à démontrer que les enfants de 5 ans sont moins concordants entre eux (coefficient de concordance de Kendall (W) variant de 0,09 à 0,25), comparativement aux enfants plus âgés (W variant de 0,15 à 0,66). Face à ces résultats, les auteurs émettent l'hypothèse selon laquelle le jugement en fonction de l'apparence physique se développerait principalement à partir de l'âge de 6 ans, alors que la socialisation au contact des pairs devient prédominante en raison du début de la scolarisation.

Toutefois, cette étude n'est pas sans limites méthodologiques. Outre une méthode d'échantillonnage peu décrite, il est impossible de juger de la représentativité de l'échantillon et de la validité des stimuli utilisés. En effet, il est possible que l'inconstance des résultats obtenus par Cavior et Lombardi chez les enfants de 5 ans s'explique en partie par le manque d'identification aux stimuli utilisés, soit des photographies représentant des enfants beaucoup plus vieux (élèves de 5^{ième} et de 11^{ième} années). Cette hypothèse pourrait également expliquer les différences notées entre les sujets âgés de 5 ans et ceux âgés de 6 ans puisque ces derniers, de par leur entrée à l'école, sont mis en contact avec des enfants plus vieux et peuvent donc s'identifier plus facilement à ceux-ci.

De plus, les résultats obtenus par Cavior et Lombardi vont à l'encontre de ceux obtenus par d'autres auteurs (Staffieri 1967; Richardson, 1970; Lerner et Korn, 1972; Dion, 1973; Dion et Berscheid, 1974; Brenner et Hinsdale, 1978; Styczynski et Langlois, 1977; Langlois et Styczynski, 1979; Vaughn et Langlois, 1983; Wardle *et al.*, 1995). En effet, il existe des évidences considérables indiquant que les enfants acquièrent certains stéréotypes ayant trait à l'apparence corporelle bien avant leur entrée à l'école et que

l'attrait physique devient une caractéristique personnelle importante très tôt dans la vie d'un individu.

D'abord, un projet pilote, fait dans le cadre d'une étude de plus grande envergure, suggère que certains stéréotypes reliés au poids sont déjà présents à l'âge de 4 ans (Staffieri, 1967). Les conclusions de l'auteur sont principalement basées sur l'analyse des caractéristiques attribuées par 24 enfants âgés de 4 et 5 ans à différentes silhouettes représentant des individus ayant des formes corporelles et des poids divers. Toutefois, les résultats sur lesquels s'appuient ces conclusions n'apparaissent pas dans l'article publié par l'auteur.

Ensuite, une étude se penchant sur les attitudes des enfants fréquentant la maternelle et l'école primaire (âgés de 4 à 11 ans) rapporte des résultats obtenus en partie auprès d'une soixantaine d'enfants âgés de 4 et 5 ans (Wardle *et al.*, 1995). Ces derniers appuient les résultats obtenus trois décennies plus tôt en rapportant la forte tendance de ces enfants à attribuer principalement des caractéristiques négatives à des représentations d'enfants obèses. Les auteurs soulignent toutefois que les jeunes enfants attribuent plus souvent des caractéristiques positives aux représentations d'obèses que les enfants plus âgés, suggérant ainsi un certain gradient dans l'importance des stéréotypes présentés, ceux-ci devenant plus fréquents avec l'âge. Cette conclusion est également soutenue par d'autres études (Stager et Burke, 1982; Brylinsky et Moore, 1994).

Une troisième étude rapporte que les enfants de 3 ans associent principalement des caractéristiques négatives, telles que "méchants", "stupides", "laid" ou "paresseux", aux enfants obèses (Brylinsky et Moore, 1994). Finalement, les résultats obtenus lors d'une

étude publiée en 1998 par Cramer et Steinwert démontrent que les enfants de 3 à 5 ans jugent majoritairement un enfant obèse, représenté en image, comme étant un compagnon de jeux moins désirable qu'un enfant de poids-santé.

Dans l'ensemble, ces études suggèrent que les enfants développent des stéréotypes ayant trait au poids avant même d'entrer à l'école et que ces stéréotypes peuvent potentiellement se refléter dans les relations qu'ils entretiennent avec leurs pairs. D'ailleurs, la littérature portant sur les stéréotypes ayant trait à l'apparence physique en général appuie ces conclusions en démontrant que les stéréotypes influencent concrètement les relations des jeunes enfants avec autrui (Dion, 1973; Dion et Berscheid, 1974; Styczynski et Langlois, 1977; Langlois et Styczynski, 1979; Vaughn et Langlois, 1983).

Somme toute, la littérature, teintée de certaines contradictions, apparaît peu développée en ce qui concerne l'évolution du jugement de l'autre en fonction de l'apparence corporelle et du poids. De plus, au tournant du 21^{ième} siècle, la possibilité d'une assimilation précoce des valeurs culturelles au regard de l'apparence physique apparaît plus que plausible en raison d'une socialisation qui se fait de plus en plus tôt dans l'enfance. L'explosion de la programmation télévisuelle et de la littérature visant un public d'âge préscolaire ainsi que la fréquentation des centres de la petite enfance par une population de plus en plus jeune, exposent quotidiennement de très jeunes enfants à une multitude de valeurs culturelles.

2.1.5.3 L'influence de l'environnement familial sur les attitudes à l'égard du poids et de l'apparence corporelle

Les enfants doivent *apprendre* à haïr et à stigmatiser, que ce soit les autres ou leur propre personne. Pour que la stigmatisation se produise, l'objet de la déviance doit être perçu et identifié par les individus avec lesquels l'enfant interagit et la désapprobation doit être communiquée (Tobias et Gordon, 1980). Les parents jouent un rôle crucial dans le développement psychologique et moral de leur enfant et certaines études se sont penchées sur leur rôle dans la transmission des valeurs en matière d'apparence physique.

En utilisant une série de représentations d'enfants ayant divers handicaps (figure 4, page 27), Richardson (1970) a comparé le classement préférentiel obtenu chez des enfants âgés de 5 à 12 ans au classement obtenu chez leurs parents. Il a d'abord noté plusieurs similitudes entre les préférences des uns et des autres. En outre, à l'aide de cette étude, Richardson a démontré que plus l'enfant est âgé, plus l'ordre de ses préférences ressemble à celui de ses parents. Ainsi, à la fin du secondaire, les préférences des enfants et des parents sont quasi identiques.

Un autre article, publié par Adam et ses collègues en 1988, rapporte les résultats obtenus lors de deux recherches menées dans le but d'étudier le processus de socialisation parentale impliqué dans la transmission d'une génération à l'autre des stéréotypes concernant l'attrait physique. La première étude portait plus particulièrement sur la relation entre les perceptions des parents concernant l'utilisation des stéréotypes de la beauté physique par leur enfant et l'utilisation réelle de ces stéréotypes par ces derniers.

Dans cette étude, des enfants de niveau préscolaire, de troisième et de cinquième année, avaient pour tâche d'indiquer, parmi une série de dessins représentant trois paires d'enfants (visage attirant vs non-attirant, poids normal vs obèse et amputé vs sans handicap), avec quel enfant ils préféreraient jouer. Ils devaient également attribuer des caractéristiques données à certaines représentations. Par exemple, les enfants devaient choisir, entre l'enfant handicapé et l'enfant normal, celui qui, d'après eux, était le plus méchant. Les parents, de leur côté, devaient exécuter les mêmes tâches de la façon dont ils croyaient que l'avait fait leur enfant. Les résultats de cette étude ont mené à la conclusion que les enfants et les parents manifestent des comportements basés sur des stéréotypes de la beauté physique. De plus, des corrélations positives (variant de 0,23 à 0,42, $p < 0,05$) ont été retrouvées entre les perceptions des parents et l'utilisation de stéréotypes liés à l'apparence physique par leur enfant.

Dans la seconde recherche, 20 mères devaient inventer une histoire concernant l'entrée à l'école d'un enfant normal, d'un enfant obèse ou d'un enfant handicapé et la raconter à leur propre enfant. L'analyse de contenu de ces histoires a révélé que les parents communiquent à leur enfant, de façon plus ou moins subtile, divers stéréotypes en regard de l'apparence physique. Par exemple, alors que l'enfant normal recevait une réaction particulièrement positive de la part de ses pairs lors de l'entrée à l'école, l'enfant obèse et l'enfant handicapé vivaient le rejet. De plus, alors que l'histoire se terminait de façon positive pour l'enfant normal et l'enfant handicapé, l'enfant obèse, lui, se voyait attribuer une fin ambiguë. Suite à ces deux études, les auteurs concluent que les perceptions des parents sont associées à l'utilisation de stéréotypes par leur enfant et que les parents communiquent de l'information stéréotypée à leur enfant dans certains contextes.

Toutefois, les résultats de ces deux études doivent être interprétés avec réserve. En effet, l'utilisation d'instruments de mesure basés sur des silhouettes dessinées peut réduire l'identification des sujets, et particulièrement des plus jeunes, aux stimuli visuels et invalider ainsi les résultats. De plus, dans la première étude, les sujets se voyaient demander de choisir entre seulement deux représentations pour l'attribution d'une caractéristique donnée, caractéristique qui n'aurait d'ailleurs peut-être pas effleuré l'esprit des sujets à la vue des représentations (on pense, par exemple, à l'attribution de la caractéristique "méchant" pour la paire "enfant handicapé vs normal"). Finalement, l'étude ne permet pas d'établir si ce sont les perceptions des parents qui viennent influencer le comportement de leur enfant ou si ce sont les comportements des enfants qui viennent influencer les perceptions de leur parent. Néanmoins, la combinaison des études menées par Richardson (1970) et par Adams et ses collègues (1988) tend à suggérer que les enfants sont exposés à un processus de socialisation parentale pouvant contribuer à l'internalisation des stéréotypes en matière d'apparence corporelle.

2.1.5.4 Les instruments de mesure utilisés chez les enfants

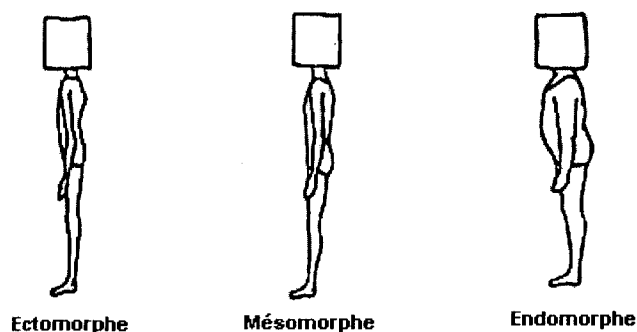
Il existe plusieurs instruments de mesure visant l'évaluation, chez les enfants, des préjugés et des attitudes en matière de poids et d'apparence corporelle. Quelques études utilisent une approche mettant l'accent sur le jugement par les pairs (Dion et Berscheid, 1974; Styczynski et Langlois, 1977; Langlois et Styczynski, 1979; Lawson, 1980; Vaughn et Langlois, 1983; Baum et Forehand, 1984) ou sur l'attention visuelle accordée par les sujets à un enfant donné (Vaughn et Langlois, 1983). Bien que ces approches offrent l'avantage de mesurer de façon concrète les attitudes dirigées envers des individus bien

réels, elles impliquent une multitude de facteurs autres que la stature physique. On peut, par exemple, penser à la couleur de la peau ou des cheveux, aux proportions des membres, à la présence ou l'absence de lunette et surtout à toutes les nuances retrouvées dans la personnalité d'un individu.

Dans la grande majorité toutefois, les études utilisent des stimuli visuels qui devront être classés par ordre de préférence. Alors que cette approche s'avère intéressante, surtout pour une utilisation auprès de jeunes sujets, la plupart des instruments existants actuellement présentent plusieurs limites. Effectivement, dans plusieurs cas, les stimuli visuels utilisés sont des représentations graphiques peu réalistes. Ils peuvent donc induire des réactions qui sont, elles aussi, peu réalistes. Par exemple, plusieurs études utilisent des séries de représentations, plus ou moins similaires, se bornant à de simples silhouettes noires et blanches, vue de face ou de profil (Staffieri, 1967; Lerner, 1969; Lerner et Korn, 1972, Lerner et Pool, 1972; Brenner et Hinsdale, 1978; Lawson, 1980). Bien que l'utilisation de silhouettes dessinées offre l'avantage de pouvoir contrôler divers facteurs potentiellement confondants (traits du visage, longueur des membres, etc.), le manque de réalisme et l'abstraction des représentations limitent leur utilisation auprès de jeunes enfants. Par exemple, les stimuli utilisés dans les différentes études menées par Brenner et Hinsdale (fig.5, page suivante) ainsi que par Lerner et ses collègues se bornent à de simples silhouettes (endomorphe, ectomorphe et mésomorphe), masculines ou féminines, présentées de façon latérale et vêtues d'un costume de bain. Afin de s'assurer que les traits du visage ne confondent les sujets, la tête des silhouettes est remplacée par un simple carré.

Figure 5

Stimuli visuels utilisés par Brenner et Hinsdale pour les sujets féminins âgés de 5 et 6 ans.



Source : Brenner et Hinsdale (1978)

Le caractère abstrait de telles représentations soulève des doutes quant à leur signification auprès de jeunes sujets. Comme bien peu d'instruments de mesure ont été dûment validés, il est difficile de se prononcer à cet égard. Toutefois, certaines données suggèrent effectivement que les instruments construits à partir de ce type de représentations sont moins adaptés aux jeunes enfants. Par exemple, l'index de distance spatiale interpersonnelle («projective index of interpersonal spatial distance») utilisé par Lerner et ses collègues (1975) a été testé auprès de 45 enfants fréquentant la maternelle et de 47 enfants de troisième année. Cet instrument, qui demande aux sujets d'indiquer sur une échelle la distance qu'ils considèrent confortable entre une figure les représentant et des silhouettes ectomorphes, mésomorphes et endomorphes, possède une fidélité test-retest moindre chez les enfants fréquentant la maternelle ($r = 0,63$), comparativement aux enfants de troisième année ($r = 0,91$).

Les instruments de mesure, élaborés à partir de représentations plus raffinées (Goodman *et al.*, 1963; Richardson *et al.*, 1961; Richardson et Royce, 1968 ; Richardson, 1970 et 1971; Hill et Silver, 1995; Kraig et Keel, 2001), semblent demeurer moins adaptés pour une utilisation auprès d'enfants d'âge préscolaire et ce, encore une fois en raison de leur niveau d'abstraction. Ainsi, Richardson (1970) rapporte la perception et la compréhension limitées des enfants de 5 et 6 ans face aux représentations. Lors de son étude portant sur les handicaps, l'apparence et la stigmatisation (1971), l'auteur note qu'il arrive que des sujets interprètent différemment certaines représentations. Par exemple, la couverture retrouvée sur les jambes de l'un des enfants en fauteuil roulant dans la série de stimuli visuels qu'il utilise (fig. 4, page 27) peut être perçue comme une jupe longue, ce qui a pour effet de modifier les résultats selon le sexe des sujets (le garçon, "vêtu" d'une jupe, peut en effet paraître efféminé aux yeux des sujets de sexe masculin). Face à ces constatations, l'auteur suggère l'utilisation de représentations visuelles plus élaborées, telles des photographies, des représentations tridimensionnelles ou même de courts films, surtout en présence de jeunes sujets.

Ainsi, il n'est pas étonnant d'apprendre que certaines études ont plutôt favorisé l'utilisation de photographies comme stimuli visuels (Lerner et Gellert, 1969; Cavior et Lombardi, 1973). Malheureusement, jusqu'à présent, l'utilisation de différentes photographies ne permettait pas le contrôle de certains facteurs pouvant influencer la réaction des enfants tels que l'attrait du visage ou la couleur des cheveux.

Sous un autre angle, soulignons que les instruments basés sur les préférences en regard de certaines activités (Adams *et al.*, 1988) sont généralement imprécis dans la formulation de

leurs questions, par exemple en demandant avec quel enfant le sujet aimerait le plus jouer, sans préciser de quel type de jeu il s'agit. Or, les réponses à cette question pourraient différer selon que l'activité consiste à jouer au ballon ou à dessiner par exemple.

Les études dont l'instrument de mesure est basé sur l'attribution de caractéristiques physiques face à un stimulus présentent aussi des faiblesses. L'utilisation de questions du type "Quel personnage correspond le mieux à la phrase suivante ?" est particulièrement fréquente (p.ex. Staffieri, 1967; Lerner, 1969; Brenner et Hinsdale, 1978; Lawson, 1980; Hill et Silver, 1995). Or, ce type de questions, en limitant les choix disponibles, en suggérant les réponses ou en demandant d'attribuer une caractéristique qui n'aurait pas nécessairement été utilisée par le sujet, peut entraîner un biais important.

En résumé...

On peut dire que les facteurs sociaux et culturels reliés à l'apparence corporelle ont un impact important sur la santé des personnes obèses et de la population en général. De plus, une meilleure connaissance des déterminants de l'attitude sociale face au poids devient nécessaire dans le contexte actuel "d'épidémie globale d'obésité". Bien qu'il existe certaines données concernant les attitudes envers l'obésité chez les enfants, la plupart sont vieillissantes et ont été obtenues auprès d'enfants d'âge scolaire. Il existe peu de données concernant les attitudes envers le poids et l'apparence corporelle chez les très jeunes enfants et aucune étude canadienne ou québécoise n'a documenté ce phénomène. En outre, rares sont les études s'étant attardées aux facteurs influençant le développement des attitudes négatives envers l'obésité. C'est dans ce contexte que les travaux de la présente maîtrise ont été amorcés.

2.2 Construit théorique

Le schéma de la page 43 présente un modèle théorique s'inspirant de la théorie unitaire de la stigmatisation (Haghighat, 2001). On y retrouve les divers facteurs qui seraient à l'origine du phénomène de la stigmatisation. Dans le cadre de notre étude, nous avons apporté plusieurs modifications afin d'adapter ce modèle à la problématique de la stigmatisation de l'obésité par l'enfant.

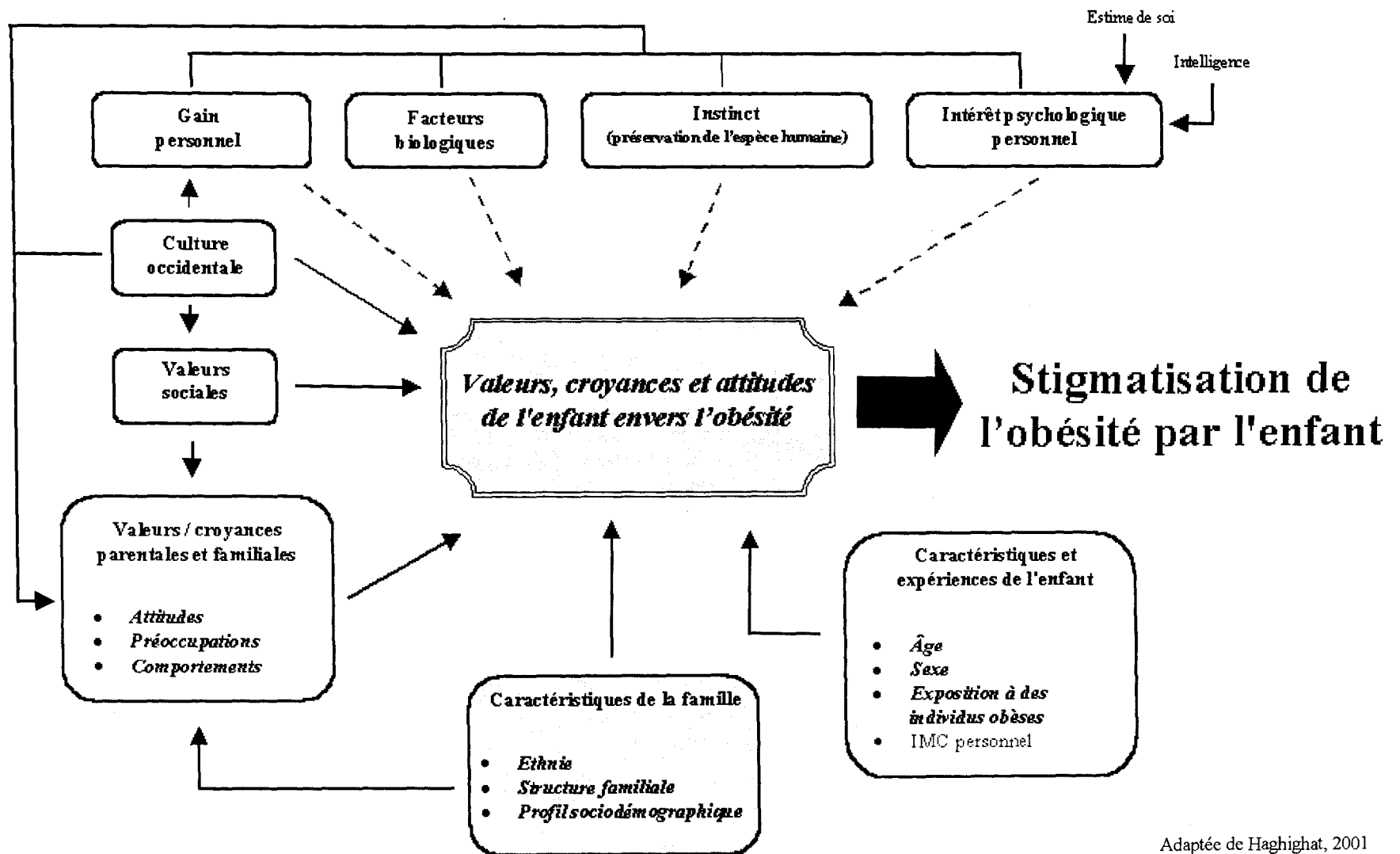
Dans le modèle présenté, neuf facteurs principaux sous-tendent le développement de la stigmatisation. Plusieurs de ces facteurs sont interreliés et l'importance relative de leur influence respective varie d'un individu à l'autre. Certains des facteurs apparaissant dans le modèle n'ont pas été discutés jusqu'à présent et méritent qu'on les définisse brièvement. Le gain personnel représente l'importance du statut social et de l'argent comme instruments de survie. La stigmatisation, en discréditant les rivaux, constitue une arme de choix pour avancer dans l'échelle sociale (Haghighat, 2001). Les facteurs biologiques influencent, par des mécanismes principalement cérébraux, la capacité d'un individu à traiter l'information et les perceptions sociales (Kanouse & Hanson, 1972; Hamilton et Gifford, 1976; Rothbart *et al.*, 1978; Macrae *et al.*, 1994). L'instinct regroupe tous les facteurs qui originent des tactiques de survie et de reproduction de l'espèce humaine et dont les bases génétiques résultent de l'évolution de l'espèce humaine (Buss, 1999; Haghighat, 2001; Sawyer *et al.*, 2004). De son côté, l'intérêt psychologique personnel peut être divisé en deux grandes catégories: la tendance humaine à se servir de l'infortune d'autrui pour se valoriser (Brickman, 1975; Wills, 1981; Gibbons et Gerard, 1989) et l'inconfort ressenti devant la différence (Bandura, 1977). Finalement, la culture

occidentale joue un rôle important dans le développement et le maintien de la stigmatisation. L'évolution des critères esthétiques, la définition des rôles sexuels et les idéologies conservatrices sont tous des facteurs contribuant à la stigmatisation en fonction du poids et de l'apparence corporelle.

Notre étude se penche plus particulièrement sur l'influence de l'environnement familial sur le développement des attitudes envers l'obésité. Ainsi, les variables inscrites en italique et situées à l'intérieur de zones ombragées sont celles qui seront étudiées dans ce projet.

Figure 5

Facteurs influençant le développement de la stigmatisation chez l'enfant



Adaptée de Haghighat, 2001

2.3 Objectifs

Cette étude s'inscrit dans une perspective exploratoire. Elle vise tout d'abord à tracer un portrait des attitudes envers l'obésité retrouvées chez les enfants d'âge préscolaire. Elle s'attarde par la suite à l'influence des parents sur le développement de ces attitudes, et ce, en s'appuyant sur l'hypothèse de la socialisation parentale des stéréotypes ayant trait à l'apparence physique (Adams *et al.*, 1988). D'autre part, elle cherche à décrire l'influence d'autres facteurs sur les attitudes envers l'obésité. Plus précisément, l'étude poursuit les objectifs suivants :

2.3.1 Objectifs principaux

1. Décrire les attitudes des enfants d'âge préscolaire envers l'obésité et ce, selon leur âge et leur sexe.
2. Mesurer l'influence des parents sur les attitudes des enfants et étudier plus spécifiquement certains marqueurs de cette influence, soit :
 - 2a. Les attitudes du parent à l'égard de l'obésité
 - 2b. Les préoccupations du parent envers son propre poids
 - 2c. Les préoccupations du parent envers le poids de son enfant

2.3.2 Objectifs secondaires

1. Mesurer la variation des attitudes envers l'obésité retrouvées chez les enfants en fonction :

- a. Du type d'activité proposée (activité physique vs sédentaire).
- b. Du groupe d'âge (enfant/adulte) des individus représentés.
- c. De l'importance de leur exposition à des individus obèses.
- d. De l'indice de masse corporelle (IMC) du parent répondant
- e. De la perception qu'a le parent de son propre poids
- f. Des données sociodémographiques de la famille.

2.4 Hypothèses de recherche

Les objectifs énoncés à la section précédente sont associés aux hypothèses suivantes :

1. Dès l'âge de 4 et 5 ans, les enfants présenteront des attitudes négatives envers les individus ayant un excès pondéral.
2. Les attitudes envers l'obésité présentées par les enfants différeront peu selon leur âge et leur sexe.
3. Les attitudes des enfants envers l'obésité différeront peu selon le type d'activité : physique ou sédentaire. Advenant une différence, les attitudes seront plus négatives lorsque des activités physiques seront proposées.
4. Chez les enfants, les attitudes présentées face aux enfants et aux adultes obèses seront similaires.
5. Les attitudes à l'égard de l'obésité présentes chez les enfants différeront selon leur niveau d'exposition à l'obésité. Les enfants exposés au phénomène de l'obésité de façon plus importante présenteront généralement des attitudes plus favorables que les enfants moins exposés. Il en sera de même pour ceux dont le parent présente un indice de masse corporelle élevé ou se perçoit comme au-dessus de son poids-santé.
6. Les attitudes retrouvées chez les enfants en regard de l'obésité seront corrélées de façon positive avec les attitudes et les préoccupations envers le poids retrouvées chez le parent.

7. Le profil sociodémographique de la famille aura peu d'influence sur les attitudes présentées face à l'obésité.

Chapitre 3

3. Méthodologie

3.1 Dispositif de recherche

Pour répondre aux objectifs de l'étude, nous avons choisi une enquête transversale à visée à la fois descriptive et analytique. Les enquêtes transversales se prêtent bien à l'étude de la fréquence de phénomènes spécifiques pour une population, un temps et un lieu déterminés. Il s'agit donc d'un dispositif particulièrement approprié aux fins de cette étude.

Les enquêtes transversales permettent aussi d'étudier les relations entre les variables d'intérêt par le biais d'analyse bivariées et multivariées. La détermination de la présence d'une association entre les variables étudiées constitue d'ailleurs une étape importante dans l'étude des déterminants d'une situation particulière comme par exemple, ici, le développement des attitudes négatives envers l'obésité. Bien que l'interprétation des résultats soit principalement basée sur un modèle théorique et bien que les dispositifs transversaux ne permettent d'établir ni la direction, ni la causalité d'une relation, il demeure que ce type de dispositif permet néanmoins de recueillir plusieurs informations précieuses.

3.2 Population à l'étude

3.2.1 Population cible

La population ciblée par cette étude se compose de l'ensemble des enfants âgés de 4 et 5 ans et de leurs parents. La population échantillonnée est quant à elle constituée d'enfants âgés de 4 et 5 ans, parlant le français et fréquentant les services de garde de la Montérégie au 1^{er} janvier 2003 ainsi que de leurs parents. Pour rejoindre les participants, des services de garde ont d'abord été sélectionnés selon certains critères. D'autres critères ont ensuite guidé la sélection des sujets.

3.2.2 Critères d'admissibilité

3.2.2.1 Critères d'admissibilité pour les services de garde

❖ Critères d'inclusion :

- ⇒ Être un service de garde public, francophone et fréquenté par 30 enfants et plus.
- ⇒ Être situé sur le territoire de la Montérégie.

❖ Critères d'exclusion :

- ⇒ Être un service de garde en milieu familial.
- ⇒ Être un service de garde spécialisé (fréquenté majoritairement par des enfants ayant des handicaps ou souffrant de troubles mentaux).

3.2.2.2 Critères d'admissibilité pour les enfants

❖ Critères d'inclusion :

- ⇒ Être inscrit dans un milieu de garde au 1^{er} janvier 2003.
- ⇒ Être âgé de 4 ou 5 ans au 1^{er} janvier 2003.
- ⇒ Avoir obtenu le consentement écrit des parents *et* l'assentiment oral de l'enfant.

❖ Critères d'exclusion :

- ⇒ Ne pas parler le français.
- ⇒ Avoir des déficiences / handicaps empêchant la compréhension des activités
(ex: non-voyant).
- ⇒ Vivre en famille d'accueil.

3.2.2.3 Critères d'admissibilité pour les parents

❖ Critères d'inclusion :

- ⇒ Être le parent d'un enfant admissible à l'étude.

❖ Critères d'exclusion :

- ⇒ Ne pas parler le français.
- ⇒ Avoir des déficiences / handicaps empêchant la compréhension du questionnaire
(ex: non-voyant).

3.2.2.4 Justification des critères d'admissibilité

Nous avons opté pour des enfants âgés de 4 et 5 ans pour plusieurs raisons. D'abord parce que la plupart des études portant sur le sujet ont principalement été menées auprès d'enfants d'âge scolaire et parce que très peu d'études ont tenté d'évaluer les attitudes à l'égard de l'obésité ou le jugement selon l'apparence corporelle chez les enfants de moins de 5 ans.

Les enfants âgés de moins de 4 ans n'ont pas été retenus pour cette étude. Ce choix se base sur le fait que le développement cognitif et le développement du jugement progressent rapidement en bas-âge, et ce, de façon telle que les capacités cognitives d'un enfant de 4 ans ou 5 ans diffèrent déjà beaucoup de celles d'un enfant de 3 ans. Pour inclure des sujets moins âgés, nous aurions dû modifier l'approche utilisée pour l'étude et adapter chacune des activités présentées afin d'en assurer la compréhension. Cette option n'a pas été retenue en raison des contraintes temporelles et monétaires. En raison de ces mêmes contraintes, nous avons évité la traduction des différents instruments. Ainsi, seuls les enfants parlant le français ont été retenus pour l'étude.

Les enfants provenant de famille d'accueil ont été exclus en raison du contexte social et familial particulier dans lequel ils évoluent et qui aurait rendu plus difficile l'étude de l'influence de l'environnement familial sur les attitudes envers l'obésité.

En ce qui concerne les critères d'admissibilité des services de garde, nous avons décidé d'exclure les milieux regroupant moins de 30 enfants pour des raisons opérationnelles: ces

milieux auraient multiplié les déplacements tout en contribuant peu à l'effectif échantillonnal. Les services de garde en milieu familial ont également été exclus d'emblée en raison du petit nombre d'enfants fréquentant chacun des services. Seuls les services de garde publics ont été retenus pour l'étude. Ce choix se base sur le fait que les services privés recrutent généralement une clientèle beaucoup plus aisée et dont le profil socio-économique peut être moins représentatif du profil québécois en général.

Finalement, les services de garde spécialisés et les enfants ayant des handicaps n'ont pas été retenus pour des considérations pratiques, entre autres au niveau de la faisabilité des différentes activités. De plus, les enfants ayant des handicaps ou fréquentant ce type de services pourraient ne pas être représentatifs de la population générale des 4 et 5 ans. Ils pourraient, en raison de leur état, présenter une tolérance différente envers les individus dont l'apparence corporelle dévie de la norme socialement établie.

3.3 Sélection de l'échantillon

La sélection des participants s'est faite de façon probabiliste et suivant un plan d'échantillonnage en grappe à deux degrés. Tout d'abord, 10 services de garde ont été échantillonnés à l'aide d'une table de nombres aléatoires. Le nombre de services échantillonnés a été déterminé en considérant à la fois le nombre d'enfants les fréquentant ($\approx 1/3$ de leur population étant âgée de 4 ou 5 ans) et le taux de participation, estimé à 65% selon l'avis d'experts (Regroupement des Centres de la petite enfance de la Montérégie). Par la suite, les enfants admissibles ainsi que leurs parents ont été recrutés de façon exhaustive dans les milieux de garde participants.

Afin de pouvoir constituer l'échantillon, le répertoire des centres de la petite enfance et autres services de garde, édition 2002-2003 a été obtenu du Ministère de la famille et de l'enfance (Ministère de la famille et de l'enfance, 2002). Ce répertoire compile l'ensemble des centres de la petite enfance et autres services de garde réguliers situés en Montérégie. Chacun des services de garde y est classé selon le type d'établissement (institution ou milieu familial, à but lucratif ou non-lucratif) et selon le nombre de places disponibles.

3.4 Variables à l'étude et instruments de mesure

3.4.1 Variable dépendante

Les attitudes présentées par les enfants à l'égard des personnes obèses constituent la variable dépendante de cette étude. Elles ont été mesurées à l'aide d'un instrument développé spécifiquement pour l'étude et dont le concept a été discuté avec un expert en développement cognitif et en développement du jugement dans l'enfance. L'instrument emploie des stimuli visuels et se présente sous forme de brèves activités (annexe A). Ces activités ont été exécutées en présence d'un évaluateur, dans le milieu de garde de l'enfant. Cette dernière mesure visait principalement à minimiser les inconvénients pouvant découler de la participation à l'étude et à maintenir les jeunes sujets dans un environnement familial. La présentation de l'instrument de mesure sous forme d'activités brèves offrait l'avantage de permettre l'évaluation de concepts aussi complexes que les attitudes et la stigmatisation d'une façon simple, compréhensible et convenant bien à des enfants d'âge préscolaire. De plus, la courte durée (≈ 15 min.) et l'aspect ludique des tâches étaient susceptibles de favoriser le maintien de l'attention.

Cet instrument a été inspiré principalement des études antérieures portant sur le jugement et la stigmatisation selon l'apparence corporelle (Goodman *et al.*, 1963; Staffieri, 1967; Richardson et Royce, 1968; Lerner, 1969; Richardson, 1970; Richardson, 1971; Cavior et Lombardi, 1973; Lerner *et al.*, 1975; Brenner et Hinsdale, 1978; Lawson, 1980; Harris et Smith, 1983; Adams *et al.*, 1988; Czajka-Narins et Parham, 1990; Kraig et Keel, 2001). Toutefois, certaines modifications ont été apportées aux types de stimuli afin de réduire les limites des instruments utilisés dans ces études.

L'instrument est décrit plus en détail dans l'article intégré à ce mémoire.

3.4.2 Variables indépendantes

Cette étude comporte plusieurs variables indépendantes, soit :

- ❖ L'âge et le sexe des enfants
- ❖ Le type d'activités proposées (physiques vs sédentaires)
- ❖ L'âge (enfant/adulte) de l'individu représenté sur les photos
- ❖ Le niveau d'exposition des enfants à des individus obèses
- ❖ Les attitudes envers l'obésité retrouvées chez le parent
- ❖ Le niveau de préoccupations du parent envers son propre poids
- ❖ Le niveau de préoccupations du parent envers le poids de son enfant
- ❖ L'indice de masse corporelle et la perception du parent face à son propre poids.
- ❖ Plusieurs données socio-démographiques du parent : sexe, âge, structure familiale, ethnie, scolarité des parents.

Certaines de ces variables (âge et sexe de l'enfant, type d'activités proposées et âge des individus représentés) ont été mesurées dans le cadre des activités présentées aux enfants. Les autres variables ont été mesurées par le biais d'un questionnaire autoadministré, élaboré selon les recommandations de Dillman (2000) et destiné à la mère ou au père de l'enfant ayant participé aux activités (annexe B).

Le questionnaire que nous avons distribué aux parents comportait différentes sections. La première section regroupait des questions relatives aux caractéristiques sociodémographiques de la famille. Les questions se rapportant à ce type de données doivent normalement se retrouver à la fin d'un questionnaire. Toutefois, nous avons choisi de les placer à la première section en raison de leur nature peu offensive. Trois autres sections regroupaient des questions relatives à l'enfant et à son exposition à des individus perçus comme obèses ainsi que des questions portant sur les préoccupations en matière de poids et sur les attitudes envers l'obésité du parent.

Une description détaillée du questionnaire est incluse dans l'article intégré à ce mémoire.

3.5 Déroulement de l'étude et collecte des données

L'étude a tout d'abord débuté par la création des instruments de mesure. En plus de l'élaboration des activités et du questionnaire, cette étape nécessitait la création des séries photographiques devant être utilisées auprès des enfants (annexe A). Pour ce faire, nous avons recruté par contacts quatre enfants et leurs parents. Suite au consentement écrit des parents (annexe C) et à l'assentiment des enfants, des photographies de ces derniers ont

été prises, en studio, par un professionnel. Un montant de 20,00\$ a été remis aux parents afin de couvrir les frais encourus par le déplacement. Des photographies d'une femme adulte ont également été obtenues suite à des démarches similaires. Par la suite, les photographies ont été travaillées par ordinateur afin d'apporter les modifications désirées, soit un gain de poids, l'ajout d'une main prothétique ou l'ajout d'une tache de naissance au visage.

La deuxième étape de l'étude consistait à informer par écrit le Regroupement des centres de la petite enfance de la Montérégie (RCPEM) de la tenue de l'étude et à obtenir leur appui (voir annexes D et E). Nous avons ensuite fait parvenir une lettre d'invitation au personnel en charge de chacun des milieux échantillonnés afin de les inviter à participer à l'étude (voir annexe F). Cette lettre expliquait brièvement les raisons de l'étude, ses objectifs, son déroulement ainsi que l'implication demandée aux services de garde. Ces personnes ont été rejointes par téléphone une semaine après l'envoi postal afin de permettre l'éclaircissement de certains points, d'obtenir des commentaires et de vérifier l'acceptation ou le refus de la participation. Dans le cas d'un refus, les raisons sous-jacentes ont été documentées.

Suite à l'acceptation de la direction des services de garde, les dates d'administration des activités destinées aux enfants ont été déterminées en collaboration avec le personnel de l'établissement. Des documents présentant l'étude ont été transmis, par l'entremise des services de garde, aux parents des enfants âgés de 4 ou 5 ans fréquentant ces établissements (voir annexe G). L'importance de la participation, les dates des activités, leur déroulement ainsi que la confidentialité des informations recueillies étaient

clairement exposés dans ces documents. Un formulaire de consentement ainsi que le nom et le numéro de téléphone d'une personne ressource à joindre en cas de question étaient également inclus (voir annexe H). Bien que tous les formulaires de consentement non-retournés aient été considérés comme des refus, les formulaires comprenaient également une courte partie destinée aux parents refusant la participation de leur enfant. Cette partie était constituée d'une case à cocher confirmant le refus de participer et de quelques questions d'ordre démographique. Cette mesure visait d'abord à rassurer les parents par la présence d'un refus écrit et à documenter, jusqu'à un certain point, le motif du refus.

Lors de la collecte des données, une seule évaluatrice était responsable de l'administration des tâches destinées aux enfants et ce, afin de minimiser les biais liés à l'évaluateur. Tels que mentionné précédemment, les tâches ont été administrées dans le milieu de garde usuel afin de ne pas perturber les sujets. L'enfant et l'évaluatrice se sont retirés dans un endroit à l'écart afin de maximiser la concentration et d'assurer la confidentialité des réponses. Les tâches ont été présentées sous forme d'activités ludiques et l'enfant a été informé de la possibilité de se retirer s'il le désirait. Les réponses ont été notées sur un formulaire anonyme numéroté afin d'assurer la confidentialité. Par la suite, une enveloppe scellée sur laquelle apparaissait le nom de l'enfant a été remise aux parents des enfants participants. L'enveloppe contenait le questionnaire destiné aux parents, identifié par le même numéro que celui retrouvé sur le formulaire de l'enfant. Elle contenait également une enveloppe de retour pré-affranchie ainsi que le nom et le numéro de téléphone d'une personne-ressource en cas de questionnement. L'identification numérique du questionnaire nous a permis de coupler les parents et les enfants lors de l'analyse des données.

Finalement, une lettre de remerciement a été postée aux différents services de garde (annexe I) ainsi qu'aux familles participantes (annexe J) lors de la réception des questionnaires destinés aux parents. Les parents n'ayant pas retourné leur questionnaire ont été relancés une première fois au moyen d'une carte de rappel (annexe K). Par la suite, lorsque nécessaire, une deuxième relance a été faite au moyen d'une courte lettre (annexe L) jumelée à un exemplaire du questionnaire.

3.6 Taille de l'échantillon

L'effectif nécessaire à la présente étude a été estimé en supposant que nous disposerions d'un échantillon d'observations indépendantes, c'est à dire en ignorant le fait que plusieurs enfants proviennent de la même garderie. Pour tenir compte de l'interdépendance potentielle des sujets créée par l'échantillonnage en grappe, il nous aurait fallu disposer d'informations relatives à la variabilité intra- et inter-grappe, ce qui n'était pas le cas. Aux fins de l'estimation de la taille de l'échantillon, l'erreur de 1^{ière} espèce a été fixée à 0,05 (test bilatéral) et la puissance à 80%. Nous avons estimé qu'il nous fallait alors 64 enfants par groupe pour détecter une différence standardisée de 0,5 entre deux groupes (d'âge ou de sexe) en regard des attitudes face à l'obésité (Cohen, 1998; nQuery Advisor 3.0). Nous avons ainsi fixé la taille de l'échantillon total à 128 enfants. En supposant une perte échantillonnale d'environ 40-45 % (due aux refus et aux enfants qui se lassent d'effectuer les activités), nous avons donc visé à recruter environ 240 enfants. Considérant qu'un service de garde accueille un nombre variable d'enfants (30 à 100+) et qu'environ le tiers des enfants le fréquentant sont âgés de 4 ou 5 ans, le

nombre exact de services de garde invités à participer a été déterminé en fonction de la taille des services échantillonnés. Dix services de garde ont ainsi été choisis au hasard.

Par ailleurs, signalons qu'un effectif de 128 sujets était amplement suffisant pour l'atteinte du deuxième objectif principal de l'étude. Rappelons que celui-ci vise à étudier, par le biais de la régression linéaire multiple, l'effet de certains marqueurs de l'influence parentale sur les attitudes des enfants envers l'obésité. Une cinquantaine de sujets aurait suffi pour détecter une corrélation partielle de 0,15 dans un modèle qui contient une dizaine de covariables expliquant 20 % de la variabilité des attitudes. Notre effectif nous aurait également permis de créer un sous-échantillon utilisé pour la validation du modèle de régression final.

3.7 Analyses des données

Dans un premier temps, une comparaison des répondants et des non-répondants devait être conduite en ce qui a trait à différentes données sociodémographiques. Toutefois, le faible nombre ($n = 4$) de parents refusant de participer mais ayant complété la section relevant leurs données socio-démographiques dans le formulaire de refus ne nous a pas permis de procéder aux analyses désirées. De plus, les milieux ayant refusé de participer à l'étude devaient également être comparés aux milieux participants quant à leur situation géographique et au nombre d'enfants les fréquentant. Comme un seul des services de garde invités a refusé de participer (en raison d'un conflit d'horaire), ces analyses n'ont pu être menées.

Dans un deuxième temps, une analyse descriptive a été effectuée sur l'ensemble des variables. Des tests t de Student ont été menés afin de comparer les niveaux d'attitudes obtenus selon l'âge et le sexe des enfants. Ensuite, les moyennes des rangs attribués aux différents stimuli visuels ont été comparées à l'aide d'ANOVA pour mesures répétées et de tests t pour données appariées.

Dans un troisième temps, chacune des variables indépendantes a été mise en relation avec la variable dépendante par le biais d'analyses bivariées (test t, corrélation de Pearson, ρ de Spearman, ANOVA à un facteur). Un plan d'analyse incluant la combinaison des variables significatives ($\alpha = 0,20$) en bivarié dans un modèle de corrélation multiple ainsi que la validation de ce modèle à l'aide d'un sous-échantillon avait également été prévu.

Les analyses ont été exécutées à l'aide du logiciel SPSS 8.0.

3.7.1 Description et codage des variables utilisées dans les analyses

Le tableau 1, retrouvé à la page suivante, regroupe les variables indépendantes utilisées lors des différentes analyses ainsi que leur codification. Ces variables sont catégorisées de la façon suivante : caractéristiques de l'enfant, caractéristiques du parent répondant, marqueurs de l'influence parentale et autres facteurs déterminants.

Tableau 1
Définition et description des variables utilisées dans les analyses de corrélation

- Variable dépendante : Attitudes envers l'obésité présentées par les enfants

Variables indépendantes	Codage initial des variables	Codage utilisé lors des analyses
Caractéristiques de l'enfant		
• Âge (en années)	• variable catégorique (4 ou 5 ans)	• variable catégorique (4 ou 5 ans)
• Sexe	• 1 = féminin 0 = masculin	• 1 = féminin 0 = masculin
• Âge d'entrée dans les services de garde	• variable continue (0 à 5)	• variable continue (0 à 5)
• Exposition à des individus obèses	• variable ordinale (0 à 8)	• variable ordinale (0 à 8)
Caractéristiques du parent répondant		
• Sexe	• 1 = féminin 0 = masculin	• 1 = féminin 0 = masculin
• Âge (en années)	• variable continue	• variable continue
• Ethnie	• 1 = Canadien/Québécois 0 = autre	• 1 = Canadien/Québécois 0 = autre
• État civil	• 1 = Célibataire 2 = Marié(e) 3 = Conjoint(e) de fait 4 = Divorcé(e) 5 = Veuf(ve)	• 0 = En couple 1 = Seul
• Garde de l'enfant	• 1 = Père et mère 2 = Père seulement 3 = Mère seulement 4 = Père/mère alternativement 5 = Père et conjointe 6 = Mère et conjoint 7 = Autre	• 1 = Famille nucléaire 2 = Famille monoparentale 3 = Famille reconstituée
• Niveau de scolarité	• 1 = Primaire 2 = Secondaire 3 = Collégial 4 = Universitaire (1 ^{er} cycle) 5 = Universitaire (2 et 3 ^{ème} cycles)	• 1 = Primaire/Secondaire 2 = Collégial 3 = Universitaire
• IMC	• Variable continue	• Variable continue
• Perception de son poids	• 1 = au-dessous de son poids-santé 2 = à son poids-santé 3 = au-dessus de son poids-santé	• 1 = au-dessous de son poids-santé 2 = à son poids-santé 3 = au-dessus de son poids-santé
Marqueurs de l'influence parentale		
• Attitudes du parent envers l'obésité	• Variable continue (0 à 108)	• Variable continue (0 à 108)
• Préoccupations envers son propre poids	• Variable continue (0 à 9)	• Variable continue (0 à 9)
• Préoccupations envers le poids de son enfant	• Variable continue (0 à 12)	• Variable continue (0 à 12)
Autres facteurs		
• Type d'activités	• 1 = activité physique 2 = activité sédentaire	• 1 = activité physique 2 = activité sédentaire
• Groupe d'âge des individus représentés (enfant/adulte)	• 1 = enfant 2 = adulte	• 1 = enfant 2 = adulte

3.8 Considérations éthiques

La participation des parents et des enfants s'est faite sur une base strictement volontaire et le consentement écrit des parents a été obtenu au préalable. De plus, l'assentiment oral des enfants a été obtenu juste avant l'exécution des activités. Nous considérons que cette étude, de nature principalement descriptive, ne comportait aucun risque d'atteinte à l'intégrité physique ou psychologique des participants. Malgré tout, dans l'éventualité où l'étude aurait soulevé des questions ou des inquiétudes chez les sujets, le nom ainsi que le numéro de téléphone d'une personne ressource ont été notés sur la lettre d'introduction distribuée aux services de garde et aux parents ainsi que sur le questionnaire destiné aux parents.

De plus, tel que mentionné précédemment, de multiples mesures ont été mises en place afin de réduire au minimum les inconvénients découlant de la participation à l'étude. Ces mesures étaient les suivantes :

- ❖ Questionnaire auto-administré destiné aux parents, pouvant être rempli dans le milieu et au moment considérés les plus opportuns par le parent.
- ❖ Activités destinées aux enfants administrées dans le milieu de garde usuel, sur les heures habituelles de fréquentation.
- ❖ Courte durée des activités destinées aux enfants (\approx 10-15 minutes)
- ❖ Possibilité de se retirer de l'étude en tout temps, sans justification.

Le risque le plus important relié à cette étude était un risque d'atteinte à la vie privée. C'est pourquoi des mesures non-nominales d'identification (identification numérique) ont été mises en place pour assurer la confidentialité des données recueillies. Les données ont été analysées de façon anonyme et elles ont été gardées sous clé, de façon à en limiter l'accès aux membres de l'équipe de recherche. Les fichiers informatisés ne comportaient aucune information susceptible de mener à l'identification d'un sujet. L'accès à ces fichiers était de plus protégé par un mot de passe. Aucune donnée nominative ou permettant d'identifier un individu n'a été publiée.

La création des séries photographiques qui ont été utilisées comme stimuli visuels a également soulevé des considérations éthiques, et ce, principalement en matière de confidentialité. La participation à la création des séries photographiques s'est faite sur une base exclusivement volontaire et un consentement écrit a été exigé de la part des participants (annexe D). Ceux-ci ont été clairement informés de l'utilisation et de la transformation infographique des photographies. De plus, les individus participants (parents et adulte) ont pu voir les reproductions modifiées numériquement découlant des photographies initiales. Advenant le cas où un individu aurait désiré se retirer, toutes photographies, originales ou modifiées, auraient immédiatement été détruites. L'utilisation des séries visuelles a été exclusivement limitée aux fins de la présente étude. Les photographies ont été conservées sous clé afin d'en limiter l'accès aux membres de l'équipe de recherche. Finalement, les photographies qui ont été publiées dans les documents découlant de cette étude ont été brouillées par infographie afin de rendre impossible toute identification.

La participation à cette étude a principalement procuré aux participants la satisfaction d'avoir contribué au développement des connaissances sur le sujet, connaissances qui pourraient être prises en compte ultérieurement lors du développement de programmes de santé publique visant la prévention de l'obésité et des troubles reliés à l'apparence corporelle.

Finalement, la présente étude a été acceptée par le Comité de déontologie de la recherche de l'Hôpital Charles-LeMoyne (annexe M).

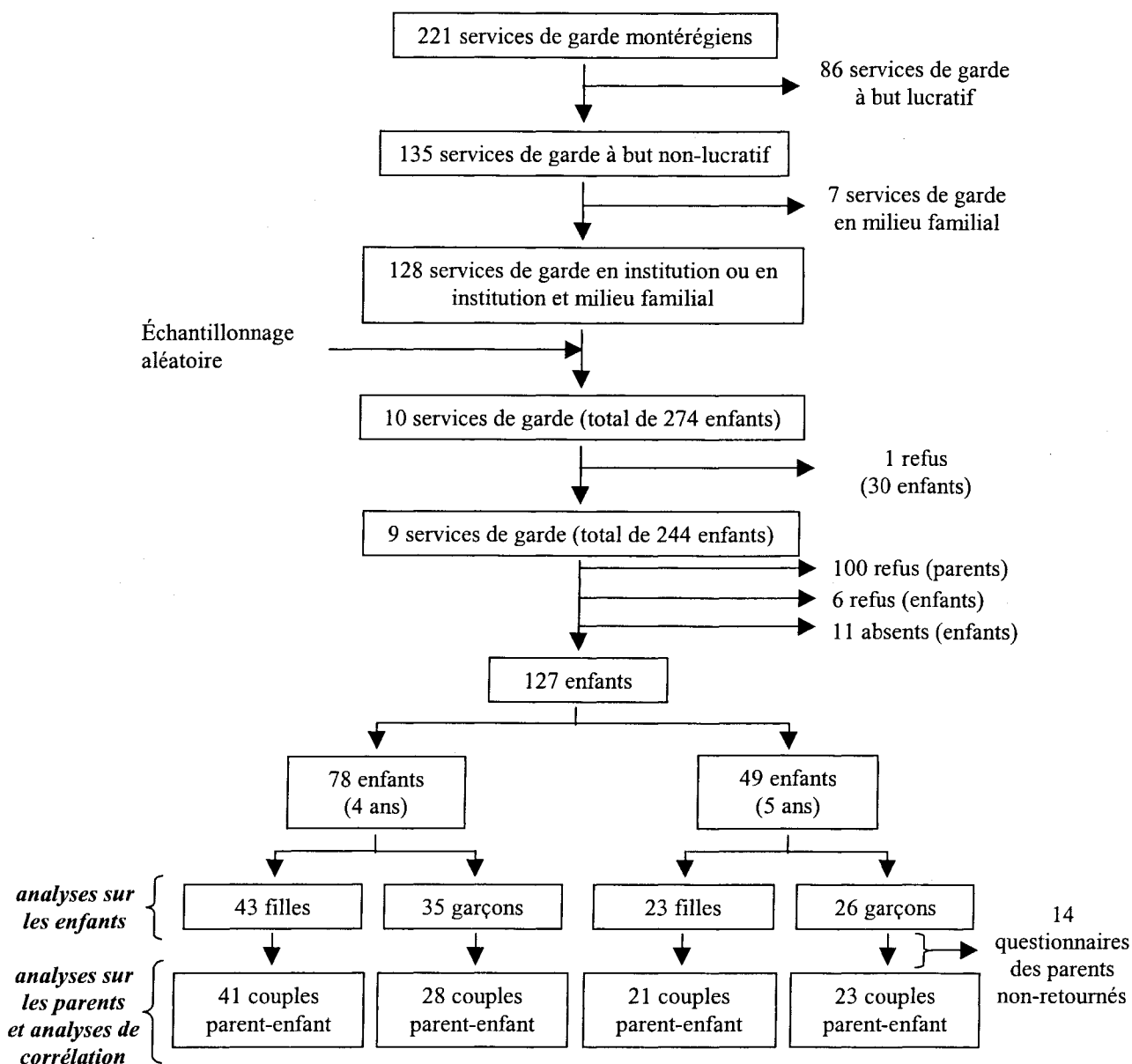
Chapitre 4

4. Résultats

4.1 Résultat du processus de recrutement

La figure 6 résume l'échantillonnage et le processus de recrutement des participants lors de l'étude. Elle précise également sur quels groupes les analyses ont été menées.

Figure 6
Échantillonnage et cheminement des participants



4.2 Présentation de l'article

L'article suivant, intitulé "Preschoolers attitudes toward obesity: are they influenced by parental weight concerns and attitudes ?", présente les résultats obtenus lors de l'étude. Il a été soumis le 29 juillet 2004 pour publication à la revue *Body Image*, qui est un périodique indexé comportant un comité de lecture.

Preschoolers' attitudes toward obesity:

Are they influenced by parental weight concerns and attitudes?

Authors:

Julie Dufort, M.D.

Affiliation universitaire, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Gina Bravo, Ph.D.

Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke

Johanne Laguë, M.D., M.Sc., FRCPC

Institut national de santé publique du Québec and Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke

Lyne Mongeau, Dt.P., M.Sc.

Institut national de santé publique du Québec

Corresponding author:

Julie Dufort, M.D.

Affiliation universitaire, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, 1255 Beauregard, Longueuil, Québec, Canada J4K 2M3

Tel.: 450-928-6777, #3094

Fax: 450-928-3295

j.dufort@rrsss16.gouv.qc.ca

Source of support: Institut national de santé publique du Québec

Abstract

Promotion of a healthy weight is an important part of the drive to reduce both the prevalence of obesity and unhealthy weight-loss practices. How and why negative social attitudes toward weight are communicated must be understood in order to design effective promotion programs. This study describes preschoolers' attitudes toward obesity and explores the influence of parental weight concerns and attitudes toward obesity on children's attitudes. Effects of other variables such as children's exposure to obese individuals are also examined. Using a preference rating of pictures showing individuals with different body shapes, this study found that children as young as 4 display negative attitudes toward overweight individuals. Parental weight concerns and attitudes toward obesity do not seem to be the principal factors influencing children's attitudes. Nor does the child's exposure to obese individuals. Future studies are needed to identify other factors that contribute to the development of children's attitudes toward obesity.

Author Keywords: Attitude toward obesity, obesity, preschoolers, children, parent, parental influence.

Introduction

There is a growing literature documenting the social stigmatization encountered by obese individuals in almost all aspects of their life (e.g. Crandall, 1995; Miller *et al.*, 1995; Crandall and Schiffhauer, 1998; Myers and Rosen, 1999; Visscher and Seidell, 2001; Puhl and Brownell, 2003; Sarlio-Lahteenkorva *et al.*, 2004). Evidence of the negative health impacts of prejudiced attitudes and social disadvantages has also been found

(Schaefer and Mongeau, 2000; Krieger, 2002). In addition, some authors have argued that, in individuals who are overweight or slightly or moderately obese, the physiological effects of the stress resulting from social prejudices could be greater and more harmful to their health than the physical complications directly attributable to obesity (Czajka-Narins and Parham, 1990). For example, given the increasing prevalence of obesity (WHO, 1998), a growing number of people could suffer damage due to stigmatization. Thus the social rejection encountered by overweight individuals constitutes a pressing reason for public health concern.

It is also well documented that obesity-related stigmatization feeds western society's obsession with thinness (e.g. Cash and Hicks, 1990; Robinson *et al.*, 1993), leading to body dissatisfaction and excessive weight concerns (Schaefer and Mongeau, 2000). For example, among US third-graders (mean age, 8.5 years), 26 % of boys and 35% of girls reported wanting to lose weight, and 17% of boys and 24% of girls reported dieting to lose weight (Robinson *et al.*, 1993). Such attitudes have various negative health effects, including disturbed eating behaviors ranging from inappropriate diets to eating disorders (Berg, 1996; Fairburn *et al.*, 1998; Stice, 1998; Gowers and Shore, 2001).

Facing the necessity to reduce both the prevalence of obesity and unhealthy weight-loss practices, a growing interest for integrated prevention approaches that address the broad spectrum of weight-related disorders has developed (Neumark-Sztainer, 2003). Experts in obesity, eating disorders and public health will need to work together to better understand how and why negative social attitudes toward weight are communicated.

The existing literature clearly shows that negative attitudes toward obesity are acquired in early childhood (Allon, 1982; Brylinsky and Moore, 1994; Cramer and Steinwert, 1998; Puhl and Brownell, 2002). Knowing that parents play a crucial role in their children's psychological and moral development, some studies examined their influence in the transmission of values related to physical appearance. Using a series of representations of children with different body characteristics, Richardson (1970) showed that the preference ratings by children aged 5 to 12 were similar to their parents'. In 1988, Adam and colleagues published results indicating that parents communicated with their children in ways that endorsed stereotypes about obese children. These studies suggest that children are exposed to a parental socialization process that could contribute to the internalization of body appearance stereotypes.

However, although some determinants of parental influence have been studied in relation to self-concept (Davison and Birch, 2001), body dissatisfaction (Schwartz *et al.*, 1999), weight concerns (Taylor *et al.*, 1998; Smolak *et al.*, 1999) and dieting (Fields *et al.*, 2001), we are not aware of any study directly assessing parental determinants that influence young children's attitudes toward obese individuals. The purpose of this study was to assess attitudes toward obesity in Quebec preschoolers, and to investigate the influence of parental weight concerns and attitudes toward obesity on children's attitudes. It also explored the effect of other factors such as the child's age, gender and exposure to obese individuals, and the family's sociodemographic characteristics.

Methods

Participants

The data were collected from 4- and 5-year-old French-speaking children attending day care on January 1, 2003 and from their parents. To recruit participants, 10 facilities were randomly selected from all non-profit day care centers attended by more than 30 children in the Montérégie region of the province of Quebec, Canada. Nine of the 10 facilities contacted agreed to participate in the study. All 244 eligible children who used these services were invited to participate in the study. Children living in foster homes or children with impairments were excluded because of their particular situation.

Procedures

Children's attitudes toward obesity were collected at the day care centers between February and May 2003. A self-administered anonymous questionnaire was distributed to the parents to collect the data on the sociodemographic profile of the participating families, children's exposure to obese individuals, and parental influence determinants. Children were assessed after obtaining the signed informed consent of their parents and with the child's assent. The study was approved by the Research Ethics Board of the Charles LeMoyne Hospital.

Measures

Children's attitudes toward obesity

The children's attitudes were measured using an instrument developed specifically for this study. It employs visual stimuli and is divided into five short tasks. These tasks

consist of rating photographs showing an average weight individual, an overweight individual, an obese individual, an individual with a facial birthmark and an individual with a prosthetic hand (Appendix 1), based on the subject's preference of the individual as someone to do a particular activity with (Appendix 2). The last two photographs were added to relieve the monotony of the series and to prevent the subjects from simply rating the stimuli in increasing/decreasing weight order rather than by order of preference. In some cases, the subjects were asked why they chose someone first or last. Each series of photographs was developed from a single photograph, computer-modified to show the desired body changes. This made it possible to control for confounding factors such as facial attractiveness, clothing, etc. To increase identification with the visual stimuli, the series showed a child of the same age and gender as the subject. To explore differences between attitudes toward obese children and obese adults, a series showing an adult woman was also included. Therefore, five series in total were used in the study: two series of boys, two of girls and one of an adult. The instrument was also designed to explore the effect of the type of proposed activity (physical vs sedentary) on attitudes toward obesity. An attitude score was derived from the mean of the ratings assigned to the photographs showing obese individuals, out of a possible total of 5. The higher the mean, the more negative the attitude.

The instrument has good internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.70$ to 0.79). Its test-retest reliability at a three-week interval was estimated to be 0.51 (intraclass correlation coefficient). To minimize rater bias, the same evaluator met all the children. Each child was met individually to ensure confidentiality.

Children's exposure to obese individuals

The children's exposure to individuals perceived to be obese was measured in the parent's questionnaire and determined by whether they come in contact with obese individuals in eight specific groups including their parents, siblings, other family members and day care staff. Thus the global exposure score ranged from 0 to 8.

Parental weight concerns

Parental weight concerns were measured using two indicators: the parents' concerns about their own weight and the parents' concerns about their child's weight. These two indicators were used in the 1999 Quebec Child and Adolescent Health and Social Survey (Aubin *et al.*, 2002). Parents' concerns about their own weight were measured by the frequency of three specific behaviors in the previous six months, namely 1) desire to lose weight, 2) desire to maintain or control their weight, and 3) desire to gain weight. The global score for concern about their own weight ranges from 0 to 9 according to the frequency of these behaviors. Parents' concerns about their child's weight were measured using a french translation of the *Family History of Eating Survey (FHES)* (Thelen and Cormier, 1995), which combines the frequency of four specific behaviors during the previous six months, namely 1) telling their child that he/she was too fat, big or heavy, 2) reducing the amount of food their child ate in order to reduce or maintain his/her weight, 3) encouraging their child to do more physical activity in order to reduce or maintain his/her weight, and 4) restricting their child's access to certain foods in order to have him/her lose weight or not put on weight. The frequency of these behaviors generates a global score from 0 to 12 for concern about their child's weight.

Parents' attitudes toward obesity

Parents' attitudes toward obesity were measured using a French translation (Brassard and Mongeau, 1999) of the *Antifat Attitudes Questionnaire* (Crandall, 1994). This scale measures three dimensions: belief in one's personal control over weight (Cronbach's $\alpha = 0.64$), fear of fat ($\alpha = 0.89$) and prejudices toward obesity ($\alpha = 0.73$). The scale contains 12 questions measured on Likert scales from 0 to 9. It generates a global attitude score between 0 and 108. The higher the score, the more negative the attitude.

Statistical analyses

We performed a descriptive analysis of all the variables, and did correlation analyses to determine the influence of the variables measured by the questionnaire on the children's attitudes toward obesity. These analyses assumed a normal distribution. Because of a slight asymmetry, especially in the dependent variable, we repeated the analyses using non parametric tests. Since the results were similar, only the parametric analyses are reported. Before conducting any analysis, we examined whether the cluster sampling strategy had created some interdependence between the observations. The intraclass coefficient obtained was very low ($ICC = 0.01$), which justified treating the subjects as independent. Missing data were excluded from the analyses. The analyses were done with SPSS 8.0.

Results

Participants' profile

The parents' written consent and the children's verbal consent were obtained from 138 of the 244 eligible subjects. However, 11 of the 138 children were absent when the

instrument was administered, giving a participation rate of 52.0% (n=127). Fourteen parents did not return the questionnaire. As a result, 113 children were included in the analysis of parental influence. The average age of the children was 4.39 years (s.d. = 0.49) and both genders were equally represented (52.0% girls and 48.0% boys). The age at which the children started day care varied from 2 months to 5 years, with a mean of 22 months. The majority of the children (70.0%) had a score of exposure to obese individuals ranging from 1 to 3, 15.0% had a score of 4 or more, and the remaining 15% had no exposure to obese individuals. The parents' sociodemographic characteristics, body mass index (BMI) and weight perception are shown in Table 1.

Table 1. *Sociodemographic characteristics, body mass index and weight perception of participating parents*

	Mean \pm s.d.	
Age	34.4 \pm 5.45	
	n	%
Gender		
Men	9	8.0
Women	104	92.0
Ethnicity		
Quebec/Canadian	109	96.4
Other	4	3.6
Marital status		
Single	12	10.6
Married	49	43.4
Common-law	50	44.2
Divorced	2	1.8
Type of family		
Nuclear	97	85.8
Blended	2	1.8
Single-parent	12	10.6
Other	2	1.8
Education		
Elementary/high school	27	23.9
College	32	28.3
University	53	46.9

Table 1. *Sociodemographic characteristics, body mass index and weight perception of participating parents (continued)*

	n	%
Body Mass Index (BMI)		
BMI < 18.5	3	2.7
18.5 ≤ BMI < 25	66	58.4
25 ≤ BMI < 30	27	23.9
BMI ≥ 30	16	14.2
Weight perception		
Underweight	15	13.3
Healthy weight	46	40.7
Overweight	50	44.2

Children's attitudes toward obesity

For the full sample, the mean preference ratings for the three weight visual stimuli were: average, 2.54 (s.d. = 1.01); overweight, 3.40 (s.d. = 0.63); and obese, 3.87 (s.d. = 0.88) ($p < 0.01$). A statistically significant difference between the mean ratings for the three weight visual stimuli was observed in all gender and age subgroups ($p < 0.03$), with the exception of 5-year-old girls. In this group, there was no difference between the mean preference rating of the overweight and obese stimuli ($p = 0.177$). Overall, there was no difference between the preference ratings of boys and girls and of 4- and 5-year-old children (both $p > 0.10$). Results also show that children's attitudes did not vary with the type of proposed activity, be it physical (3.98, s.d. = 0.93) or sedentary (3.81, s.d. = 1.14) ($p = 0.08$). This lack of effect of the type of activity was found in both age and gender groups. Children's attitudes toward obese adults (3.78, s.d. = 1.41) and obese children (3.92, s.d. = 0.89) did not differ significantly ($p = 0.27$). Similar results were obtained for all groups, with the exception of girls (diff. = 0.35; $p = 0.04$).

Although most subjects refused to comment on their preferences, a content analysis of the children's reasons and spontaneous remarks found that only positive characteristics were attributed to the average weight stimuli (e.g. cute, thin, nice, good for the particular activity, good friend, etc.). Conversely, few positive characteristics were attributed to the overweight and obese stimuli (big, strong, nice, funny), mostly by boys. In the majority of cases, comments on these stimuli were negative (e.g. too fat, too heavy, too different, ugly, not good for the particular activity, etc.). Remarks such as "I really don't want to play with him/her", "I don't like fat people" and "I chose the fat one last, only when I had no other choices" were also voiced. Some children, mostly 5-year-old girls, even asked for the overweight/obese individuals' pictures to be taken away, refusing to participate if they had to choose them.

Parents' weight concerns and attitudes toward obesity

Just over 80% of the parents reported a score of concern about their own weight between 0 and 3. The mean score was 2.16 (s.d.= 1.70), which corresponds for example to often trying to reduce or control their weight. It is interesting to note that even though 13.3% of the parents considered themselves to be underweight, none of them said they wanted to gain weight. As for the parents' concerns about their children's weight, 85% obtained a score of 0 or 1. The mean score was 0.65 (s.d. = 1.10). As an indication, parents who restrict access to certain foods from time to time in order to have their child lose weight or not put on weight would obtain a score of 1. Parents' attitudes toward obesity ranged from 0 to 100, with a mean of 40.99 (s.d. = 16.44). Most parents (89.4%) had a score between 20 and 75, showing mainly moderated to elevated antifat attitudes in the two following dimensions: the belief in one's personal control over weight and fear of fat.

Associations between the children's attitudes toward obesity and the other variables

The results of the analyses of the associations between the children's attitudes toward obesity scores and the different independent variables are shown in Table 2. Contrary to expectations, none of the variables were significant predictors of children's attitudes.

Table 2. *Analyses of the associations between the dependent variable and independent variables*

Dependent variable: Children's attitudes toward obesity		
Independent variables	Results	p value
Child's characteristics:		
Age entering day care	Pearson's $r = -0.08$	0.40
Exposure to obese individuals	Spearman's $\rho = 0.01$	0.93
Parent's characteristics:		
Gender	Student's t test = 0.56	0.58
Age	Pearson's $r = 0.03$	0.80
Ethnicity	Student's t test = -1.10	0.27
Marital status	Student's t test = -0.41	0.68
Education	ANOVA $F = 0.55$	0.65
BMI	Pearson's $r = -0.12$	0.23
Perception of own weight	ANOVA $F = 1.40$	0.25
Concerns about own weight	Pearson's $r = -0.10$	0.31
Concerns about child's weight	Pearson's $r = -0.11$	0.28
Attitudes toward obesity score	Pearson's $r = -0.13$	0.18

Discussion

Similar to previous findings (Allon, 1982; Brylinsky and Moore, 1994; Cramer and Steinwert, 1998; Puhl and Brownell, 2002), we found that young children have negative attitudes toward overweight and obese individuals. Ratings were most favorable for the average weight visual stimuli and least favorable for the overweight and obese stimuli. Overall, preferences were not influenced by gender or age, although 5-year-old girls rated the overweight stimuli less favorably than the other groups, showing no significant difference between their ratings of the overweight and obese individuals. The results obtained with 5-year-old girls may have simply been due to an artefact or they could

indicate the beginning of a difference between the sexes. Indeed, the literature on children about the effect of gender on the stigmatization of obesity is contradictory. Although most studies show that the stigmatization of obese individuals is found in both sexes (e.g. Hill and Silver, 1995; Cramer and Steinwert, 1998; Tiggemann and Anesbury, 2000), others report that girls develop an awareness of differences in physical appearance earlier than boys (e.g. Lerner *et al.*, 1975; Vaughn and Langlois, 1983; Kraig and Keel, 2001). One possible explanation is that girls and boys present similar attitudes toward obesity at a young age but that a gender difference gradually develops, since girls are subjected to more social pressure about body appearance than boys. Thus the more negative attitudes of the 5-year-old girls toward the overweight stimuli may reflect the initial effects of this greater social pressure. This hypothesis is supported by the fact that the majority of the children who flatly refused to choose the overweight and obese stimuli were 5-year-old girls. It would be interesting to see if this hypothesis continues to hold over time since there is a gradually increasing emphasis in our culture on the importance for men to have a firm, muscular body type. The lack of difference between attitudes toward obese children and obese adults and the lack of variation in attitudes depending on the type of activity presented (sedentary or physical) may reflect that the stigmatization of obesity is non-specific.

When looking at the results of the analytical portion of the study, one major question arises: Why was no independent variable found to be a predictive factor? Because of a lack of power? Because of limitations in the methodology or instrument? Or does it simply reflect reality? We do not think the absence of statistically significant results is due to a lack of power. A sample of 97 participants would have been sufficient to detect a

percentage of explained variance between the dependent variable and other variables above or equal to 0.10, when the type I error is set at 0.05 and power at 90%. However, for a few variables (e.g. parent's ethnicity and gender), certain subsamples may not have been large enough to detect a significant difference. In addition, the study had some methodological limitations. First, it was a cross-sectionnal study. Second, the sensitive nature of the topic could have led to a participation bias if, for example, the presence of weight concerns or prejudices affected participation. A social desirability bias among the parents could also have resulted in an underestimation of the association between the dependent variable and the parents' concerns and attitudes. However, given the candor and honesty of the children's comments, it is unlikely that social desirability was enough of a factor to cause a bias in their case. In addition, the validation of the instrument being studied pointed up some possible limitations, especially in regard to its reliability with 5-year-old boys. We found some lack of interest on the part of the boys during the study, who accounted for 65.0% of the children's missing data. In the great majority of cases, they did not complete the five tasks because they were in a hurry to get back to playing with their friends. Finally, it is possible that no association was found between the dependent variable and independent variables we examined simply because the latter are not factors that influence attitudes toward obesity in preschoolers. There is not much information in the literature on the attitudes of preschoolers. Therefore it is difficult to compare our findings to previous results. Perhaps young children have not had time to grasp or adopt the weight stereotypes that could be convey implicitly or explicitly by their parents since this learning occurs gradually with exposure. The study done by Richardson in 1970 supports this hypothesis by showing that as children get older, their weight preferences increasingly resemble their parents'. As for the lack of variation in attitudes

with the amount of exposure to obese individuals, these results are not surprising in view of the literature showing that even one's personal weight does not influence children's attitudes toward obesity (e.g. Cramer and Steinwert, 1998; Tiggemann and Anesbury, 2000). Finally, although a few studies reported that socioeconomic status (e.g. Wardle *et al.*, 1995) and ethnicity (Lerner and Pool, 1972) have an effect on children's attitudes toward obesity, most other studies did not find any correlation between these variables and attitudes toward obesity (e.g. Allon, 1982).

We should also mention certain limitations in regard to the study's external validity, which was reduced by the large number of eligibility criteria and the source of the subjects. Because of the difficulty reaching the population of 4- and 5-year-old children, we drew our sample from children attending day care, which reduced the representativeness of the sample. Also, when we examined the sociodemographic profile of the participating families, we found that the participants differed from the general Quebec population. Single-parent and blended families as well as various ethnic groups were underrepresented. Also the sample had a much higher level of education than the Quebec mean. Because we did not have any data on the sociodemographic profile of families that use day care, we could not determine if it was our participants in particular or day care users in general who differed from the Quebec population.

Although this exploratory study has limitations, it is a step forward in answering two of the key research questions on weight stigma raised by Puhl and Brownell (2003), the first being if negative attitudes toward obese persons are transmitted through transgenerational relationships. The second being how, and in what circumstances, does

increased personal contact with obese persons affect weight bias. Indeed, the results suggest that parental influence possibly does not play such a major part as we could believe in the transmission of negative attitudes toward obesity and that children's contact with obese individuals doesn't seem to influence their attitudes toward weight. It also opens doors to futur studies. Among other things, it would be interesting to replicate this study with other populations in order to develop a more complete picture of preschoolers' attitudes toward obesity. Also, in view of the early socialization of children through starting day care at an increasingly young age and the number of TV programs and books aimed at very young viewers and readers, future studies should explore other factors that might affect the development of preschoolers' attitudes toward obesity, such as day care educators, peers and the media. Finally, as Strauss and Pollack (2003) did with adolescents, it would be interesting to investigate the social networks of overweight and average-weight preschoolers to determine if children's attitudes toward obesity already lead to social marginalization at that early age.

Acknowledgments:

The authors would like to thank Mélanie Villeneuve, the Institut national de santé publique du Québec and the Regroupement des centres de la petite enfance de la Montérégie for their assistance with this study.

References:

- Adams, G.R., Hickens M. & Salehi M. (1988): "Socialisation of the physical attractiveness stereotype : parental expectations and verbal behaviors", *International Journal of Psychology*, 23;137-149
- Allon, N. (1982): The stigma of overweight in everyday life. In B.B. Wolman (Ed.), *Psychological aspects of obesity: A handbook* (pp. 130-174). New York, NY: Van Nostrand Reinhold Co.
- Aubin, J., Lavallée, C., Camirand, J., Audet, N., Beauvais, B. & Berthiaume, P. (2002). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Berg, F.M. (1996). Dysfunctional eating: a new concept. *Healthy Weight Journal*, Sept-Oct, 88-93.
- Brassard, J. & Mongeau, L. (1999). *Bien dans sa tête, bien dans sa peau. Projet de promotion d'une image corporelle saine en milieu scolaire. Rapport synthèse des années 1 et 2*. Collectif action alternative en obésité. Montréal: Association pour la santé publique du Québec.
- Brylinsky, J.A. & Moore, J.C. (1994). The identification of body build stereotypes in young children. *Journal of Research in Personality*, 28, 170-181.
- Cash, T. & Hicks, K.L. (1990). Being fat versus thinking fat: relationships with body image, eating behaviors and well-being. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 327-341.
- Cramer, P. & Steinwert, T. (1998). Thin is good, fat is bad: how early does it begin? *Journal of Applied Developmental Psychology*, 19, 429-451.
- Crandall, C.S. (1994). Prejudice against fat people: ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 882-894.
- Crandall, C.S. (1995). Do parents discriminate against their heavyweight daughters? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 724-735.
- Crandall, C.S. & Schiffhauer, K.L. (1998). Anti-fat prejudice: beliefs, values, and American culture. *Obesity Research*, 6, 458-460.
- Czajka-Narins, D.M. & Parham, E.S. (1990). Fear of fat: attitudes toward obesity. *Nutrition Today*, Jan-Feb, 26-32.
- Davison, K.K. & Birch, L.L. (2001). Weight status, parent reaction, and self-concept in five-year-old girls. *Pediatrics*, 107, 46-53.

- Fairburn, C.G., Doll, H., Welch, S.L., Hay, P.J., Davies, B.A. & O'Connor, M.E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425-432.
- Fields, A.E., Camargo, C.A., Taylor, C.B., Berkey, S., Roberts, S.B. & Colditz, G.A. (2001). Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 107, 54-60.
- Gowers, S.G. & Shore, A. (2001). Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 236-242.
- Hill, A.J. & Silver, E.K. (1995). Fat, friendless and unhealthy: 9-year old children's perception of body shape stereotypes. *International Journal of Obesity*, 19, 423-430.
- Kraig, K.A. & Keel, P.K. (2001). Weight-based stigmatization in children. *International Journal of Obesity*, 25, 1661-1666.
- Krieger, N. (2002). Discrimination and health. In L.F. Berman & I.P. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology* (pp. 36-75). New York, NY: Oxford University Press.
- Lerner, R.M., Karabenick, S. & Meisels, M. (1975). Effects of age and sex on the development of personal space schemata toward body build. *Journal of Genetic Psychology*, 127, 91-101.
- Lerner, R.M. & Pool, K. (1972). Body build stereotypes: A cross-cultural comparison. *Psychological Reports*, 31, 527-532.
- Miller, C.T., Rothblum, E.D., Brand, P.A. & Felicio, D.M. (1995). Do obese women have poorer relationships than nonobese women? Reports by self, friends, and coworkers. *Journal of Personality*, 63, 65-85.
- Myers, A. & Rosen, J.C. (1999). Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity*, 23, 221-230.
- Neumark-Sztainer, D. (2003). Obesity and eating disorders prevention: an integrated approach?. *Adolescent Medicine State of the Art Reviews*, 14, 159-173.
- Puhl, R. & Brownell, K.D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, 4, 213-227.
- Puhl, R. & Brownell, K.D. (2002). Stigma, discrimination and obesity. In *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook, 2nd edition* (pp. 108-112). New York, NY: The Guilford Press.

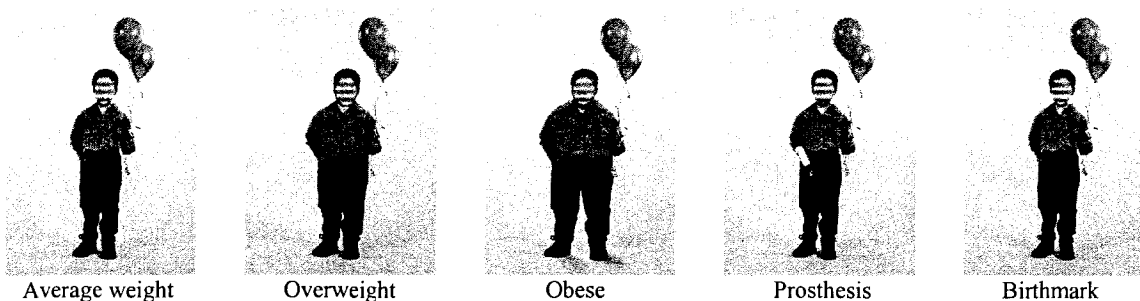
- Richardson, S.A. (1970). Age and sex differences in values toward physical handicaps. *Journal of Health and Social Behavior*, 11, 207-214.
- Robinson, B.E., Bacon, J.G. & O'Reilly, J. (1993). Fat phobia: measuring, understanding, and changing anti-fat attitudes. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 467-480.
- Sarlio-Lahteenkorva, S., Silventoinen, K. & Lahelma, E. (2004). Relative weight and income at different levels of socioeconomic status. *American Journal of Public Health*, 94, 468-472.
- Schaefer, C. & Mongeau, L. (2000). *L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids : Élément d'une problématique et réflexion pour l'action*, Collectif action alternative en obésité. Montréal: Association pour la santé publique du Québec.
- Schwartz, D.J., Phares, V., Tantleff, S. & Thompson, J.K. (1999). Body image, psychological functioning, and parental feedback regarding physical appearance. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 339-343.
- Smolak, L., Levine, M.P. & Schermer, F. (1999). Parental input and weight concerns among elementary school children. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 263-271.
- Stice, E. (1998). Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimic symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 931-944.
- Strauss, R.S. & Pollack, H.A. (2003). Social marginalization of overweight children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157, 746-752.
- Taylor, C.B., Sharpe, T., Shisslak, C., Bryson, S., Estes, L.S., Gray, N., McKnight, K.M., Crago, M., Kraemer, H.C. & Killen, J.D. (1998). Factors associated with weight concerns in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 31-42.
- Thelen, M.H. & Cormier, J.F. (1995). Desire to be thinner and weight control among children and their parents. *Behavior Therapy*, 26, 85-89.
- Tiggemann, M. & Anesbury, T. (2000). Negative stereotyping of obesity in children: the role of controllability beliefs. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 1977-1993.
- Vaughn, B.E. & Langlois, J.H. (1983). Physical attractiveness as a correlate of peer status and social competences in preschool children. *Developmental Psychology*, 19, 561-576.
- Visscher, T.L.S. & Seidell, J.C. (2001). The public health impact of obesity. *Annual Review of Public Health*, 22, 355-375.
- Wardle, J., Volz, C. & Golding, C. (1995). Social variation in attitudes to obesity in children. *International Journal of Obesity*, 19, 562-569.

World Health Organization (1998). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO Technical Report Series No. 894.

Appendix 1

Example of the series of photographs

Boys Series No. 1



Appendix 2

Details of the 5 activities:

1. Of all the children you see in these photos, which one would you most like to play ball with?
2. Of all the children you see in these photos, which one would you most like to make things with (using paper and paint)?
3. Of all the children you see in these photos, which one would you most like to go swimming at the pool with?
4. Of all the children you see in these photos, which one would you most like to play puppets with?
5. Of all the ladies you see here, which one would you most like to help Mrs./Mr. _____
(name of the day care worker present) take care of you at the day care centre?

Chapitre 5

5. Discussion

Cette section n'a pas pour but de reprendre les éléments de discussion abordés dans l'article précédent. Elle vise plutôt à mettre en lumière de nouveaux éléments et à approfondir certaines pistes brièvement énoncées. Rappelons d'abord que selon les résultats obtenus dans l'étude, les enfants d'âge préscolaire préfèrent les personnes ayant un poids-santé à celles ayant un certain surplus pondéral et que ces préférences varient peu selon le sexe et l'âge. Rappelons également qu'aucune des variables indépendantes étudiées ne s'est avérée être un facteur prédicteur des attitudes manifestées par les enfants à l'égard de l'obésité.

5.1 Biais et limites de l'étude

Face à l'absence de résultats significatifs retrouvée lors du volet analytique, certains biais ont été soulignés précédemment et des questionnements ont été soulevés, notamment en ce qui a trait à la puissance de l'étude et aux limites méthodologiques. Les limites instrumentales ont également été abordées mais méritent qu'on s'y attarde un peu plus.

5.1.1 Limites instrumentales reliées aux activités des enfants

En premier lieu, la validation de l'instrument destiné aux enfants a révélé que celui-ci présentait certaines limites, et ce, principalement chez les garçons de 5 ans. En effet, lors de l'étude de fidélité test-retest à trois semaines d'intervalle, nous avons constaté la présence de certaines données aberrantes. Ces données aberrantes résultent de l'attribution au stimulus visuel obèse, pour une même activité, de rangs très différents

entre le temps 1 et le temps 2. Par exemple, la représentation de l'individu obèse s'est vue octroyer à la fois le rang 1 et le rang 4 ou 5 lors de 17 des 141 activités complétées à deux reprises. Ces 17 activités ont été exécutées par 11 enfants différents. Parmi ceux-ci, 4 enfants, tous des garçons de 5 ans, se répartissent à eux seuls près de 60 % des activités avec données aberrantes. Les 7 autres activités ont été exécutées par 7 enfants différents, dont 2 garçons et 5 filles. L'étude des données aberrantes nous amène à conclure que la plupart de ces données sont attribuables aux garçons, et plus particulièrement à ceux âgés de 5 ans. Elles reflètent possiblement le manque d'intérêt qu'ils semblent présenter face aux activités et l'empressement qu'ils démontrent à retourner jouer avec leurs camarades. Ainsi, il n'est pas étonnant de constater que 65 % des enfants n'ayant pas complété les activités sont de sexe masculin.

Lors de l'étude de validation, nous avons aussi évalué la validité de construit de l'instrument. Pour ce faire, nous avons entre autres émis l'hypothèse selon laquelle les enfants qui sont influencés dans leurs préférences par le poids des individus respecteront un ordre attendu dans les rangs qu'ils attribueront aux différentes photographies. Selon cette hypothèse, les enfants ayant une certaine aversion de l'excès de poids attribueraient un rang plus favorable aux individus ayant un poids "santé" (S) qu'aux individus présentant un excès de poids (E), ces derniers recevant un rang plus favorable que les individus obèses (O). À l'inverse, les enfants préférant les individus plus enrobés attribueraient un rang préférentiel aux individus obèses d'abord, puis aux individus ayant un excès de poids. En combinant les résultats obtenus lors des deux évaluations, nous avons observé que 37,9 % des classements ne respectaient pas un ordre attendu (S-E-O ou O-E-S). Dans la plupart des cas, l'ordre n'a pas été respecté en raison d'une inversion entre

les individus ayant un excès de poids et l'un ou l'autre des individus aux extrêmes de poids. Ces inversions peuvent traduire deux choses. Tout d'abord, elles peuvent traduire une limite de l'instrument, la différence entre l'individu ayant un excès de poids et les individus aux extrêmes de poids n'étant pas assez marquée pour être perçue et avoir une influence quelconque. Toutefois, les différences entre les scores moyens de préférence obtenus pour les individus de poids « santé », les individus avec excès de poids et les individus obèses étant toutes statistiquement significatives ($p < 0,01$), cette hypothèse apparaît moins plausible. Ensuite, il est possible que ces inversions traduisent, non pas une limite de l'instrument, mais plutôt les variations retrouvées dans la population concernant le seuil de ce qui est considéré comme étant un poids-santé et de ce qui est considéré comme étant un surplus de poids. C'est à dire que pour certains enfants, les individus ayant un excès de poids peuvent être considérés comme "gros" et rejetés tout autant que les individus obèses, l'excès de poids et l'obésité étant jugés de façon similaire. Ce phénomène, présent lors de l'évaluation de l'instrument et de l'étude, s'est traduit en partie par l'attribution d'un même rang pour ces deux individus (Ex: Attribution du dernier rang pour E et O lors d'une même activité). Il se reflète également dans l'exclusion catégorique des stimuli obèses ou ayant un excès de poids manifestée par certains enfants. Le phénomène inverse a aussi été constaté, c'est à dire que les individus ayant un excès de poids ont été choisis tout aussi favorablement que les individus de poids-santé. Ainsi, il est possible que, pour certains enfants, les individus ayant un certain degré d'excès de poids ne soient pas perçus différemment des individus ayant un poids-santé et soient jugés comme faisant partie d'une seule et même catégorie.

5.1.2 Limites instrumentales reliées au questionnaire des parents

Les instruments utilisés auprès des parents présentent eux-aussi certaines limites pouvant avoir contribué à l'absence d'association significative entre la variable dépendante et les variables indépendantes. Dans le questionnaire distribué aux parents, l'exposition des enfants à des individus obèses est mesurée selon que l'enfant fréquente ou non des personnes considérées comme obèses parmi huit groupes spécifiques. Cette façon de faire facilite le rappel et contribue à minimiser les biais de mémoire. Toutefois, le score obtenu ne reflète pas le nombre exact de personnes obèses fréquentées par l'enfant. Ainsi, un enfant entouré de plusieurs personnes obèses appartenant à un même groupe (disons, par exemple, 3 de ses tantes et 4 de ses oncles) obtiendrait un score de 1 alors qu'un enfant qui connaîtrait une personne obèse dans plusieurs groupes (prenons comme exemple une éducatrice en garderie, un ami du voisinage et un grand-parent) obtiendrait un score de 3, alors que son exposition peut ne pas être jugée comme étant plus importante. Il est possible que la façon de mesurer l'exposition des enfants à des individus obèses ait pu induire un certain biais de classification et mener à une sous-estimation de l'association entre cette variable et les attitudes des enfants.

En deuxième lieu, le questionnaire comporte une section mesurant les préoccupations en matière de poids retrouvées chez le parent. Les deux outils qui s'y retrouvent sont dérivés du *Family History of Eating Survey (FHES)* publié par Thelen et Cormier (1995), un des seuls instruments permettant présentement de mesurer les préoccupations des parents envers le poids. La mesure utilisée dans le questionnaire pour évaluer les préoccupations du parent envers son propre poids génère un score global situé entre 0 et 9 à partir de la

fréquence de trois comportements particuliers au cours des derniers six mois. Plus le score est élevé, plus les préoccupations sont jugées importantes. Toutefois, lorsqu'on s'attarde aux comportements mesurés, on s'aperçoit qu'il est difficile d'obtenir un score élevé. En effet, pour obtenir le score maximal, il faut avoir tout le temps essayé de perdre du poids, de maintenir ou de contrôler son poids *et* de gagner du poids au cours des derniers six mois. Bien qu'il soit possible que certains répondants ressentent à la fois le désir de perdre et de contrôler leur poids (score maximal possible de 6), il est peu probable, mais non impossible, qu'ils aient exprimé à la fois le désir de perdre et de gagner du poids au cours de cette période. Rappelons qu'un parent très préoccupé par son poids qui rapporterait exclusivement avoir tout le temps essayé de perdre du poids au cours des derniers six mois, obtiendrait un score de 3. Ainsi, lorsqu'on regarde sous cet angle le score moyen obtenu chez les parents répondants ($2,16 \pm 1,70$), on constate qu'il reflète des préoccupations qui sont, somme toutes, assez importantes en général. Toutefois, il est peu probable que ces imprécisions de la mesure aient causé une sous-estimation suffisante de l'association entre cette variable et les attitudes des enfants pour expliquer l'absence d'association. En effet, les préoccupations des parents ont été traitées comme des variables continues dont le gradient d'importance reste le même, un score de 1 exprimant moins de préoccupations qu'un score plus élevé, qu'il soit de 3, de 6 ou de 12.

5.2 Forces de l'étude et retombées

Bien que quelques-unes des forces de l'étude aient déjà été discutées, il est important de souligner ici les principaux atouts de cette dernière. Au niveau méthodologique, l'échantillonnage aléatoire et la taille considérable de l'échantillon (pour ce type d'étude)

constituent des points forts. De plus, les modifications apportées aux instruments de mesure des attitudes envers l'obésité utilisés jusqu'à présent auprès des enfants nous ont permis de pallier à certaines limites rencontrées dans la passé et d'optimiser spécifiquement l'instrument pour une utilisation auprès de très jeunes enfants. La validation de l'instrument ainsi développé nous a de plus permis d'interpréter les résultats obtenus à la lumière des forces et des limites de celui-ci.

Ensuite, le caractère innovateur de l'étude a permis l'exploration de nombreuses variables, certaines n'ayant jamais été étudiées dans un tel contexte auparavant. Les résultats obtenus constituent des éléments de réponse à certaines des questions soulevées récemment par les chercheurs du domaine, à savoir, entre autres, si les attitudes négatives à l'égard de l'obésité se transmettent entre les générations et si les contacts avec des personnes obèses influencent les attitudes à l'égard du poids (Puhl et Brownell, 2003). Suite à l'étude, un portrait des attitudes manifestées à l'égard de l'obésité par les jeunes québécois d'âge préscolaire a pu être tracé pour la première fois. Les résultats nous amènent également à constater que l'influence des parents n'est peut-être pas la meilleure piste à suivre présentement en ce qui concerne la recherche portant sur le développement des attitudes à l'égard du poids et que les efforts de recherche doivent possiblement porter sur d'autres facteurs.

5.3 Quelques pistes à explorer...

En dernier lieu, il est possible que l'absence d'association significative entre la variable dépendante et les variables indépendantes soit tout simplement le reflet de la réalité. Cette

hypothèse a déjà été soulevée dans l'article précédent, notamment en ce qui a trait au profil sociodémographique, à l'exposition à des personnes obèses et aux marqueurs de l'influence parentale. Il est toutefois intéressant de pousser ici la réflexion au regard de l'influence parentale. Bien que l'échantillon ne nous ait pas permis de mener des analyses différenciées en fonction du sexe du parent répondant (le nombre de pères ayant participé étant trop faible), il aurait été pertinent de s'attarder, entre autres, à l'influence que peuvent avoir les pères sur les attitudes de leurs enfants, et plus particulièrement de leurs filles. La littérature suggère d'ailleurs que dès l'âge de 5 ans, les fillettes ont conscience de la façon dont leur père perçoivent leur apparence corporelle et que ces perceptions peuvent influencer leur image de soi (Davison et Birch, 2001). De plus, une relation négative est documentée entre les préoccupations des pères à l'égard du poids de leurs enfants et l'estime corporelle de leurs filles. Des niveaux élevés de préoccupation sont associés à une pauvre estime corporelle et ce, indépendamment du poids réel de leurs filles (Davison et Birch, 2001). Puisque les pères semblent influencer la perception qu'ont leurs filles de leur image de soi, il serait intéressant de documenter si ces derniers influencent également le regard qu'elles portent sur autrui et surtout la façon dont elles perçoivent les autres en fonction de leur apparence corporelle.

De plus, face à ces résultats, il nous apparaît opportun de se questionner à savoir quels sont les autres facteurs qui influencent les attitudes que les jeunes enfants manifestent envers l'obésité. Une piste prometteuse serait d'explorer l'influence des médias sur les attitudes des jeunes enfants. La littérature documente bien l'omniprésence de l'idéal de la minceur et des stéréotypes relatifs au poids dépeints par les médias visuels (Greenberg *et al.*, 2003). Elle relève aussi l'importance du temps passé par les enfants d'âge préscolaire

devant la télévision (Sylvester *et al.*, 1995). En outre, les stéréotypes dépeints par la télévision auraient effectivement un impact sur les attentes et les attitudes des individus dans la réalité (Greenberg *et al.*, 2003). Dans le cadre d'une étude menée chez des enfants de première, deuxième et troisième années primaires, Harrison (2000) a démontré que plus les jeunes garçons regardent la télévision, plus ils attribuent des stéréotypes négatifs à l'égard d'une femme (mais pas d'un homme) ayant un surplus pondéral. Cette tendance n'a toutefois pas été observée chez les filles. L'étude suggère également qu'au contact des médias, les enfants, et les garçons en particulier, pourraient apprendre à dénigrer l'obésité avant même d'apprendre à idéaliser la minceur. Il apparaît donc important de préciser à quel moment les messages véhiculés par la télévision, et par les médias en général, commencent à influencer les pensées et les comportements des enfants en ce qui a trait à l'apparence corporelle (Harrison, 2000).

Une autre piste de réflexion pertinente est l'influence des pairs. La pression des pairs est souvent décrite comme étant un des principaux mécanismes de transmission de certaines normes sociales. La pression des pairs s'exercerait principalement à travers l'imitation et le renforcement social. Ce dernier consiste à gratifier les individus qui se conforment aux normes et à pénaliser ceux qui ne s'y conforment pas (Brown, 1989). L'influence des pairs sur les croyances, les valeurs et les attitudes reliées à l'apparence corporelle et au poids est bien documentée dans la littérature. On sait entre autres que l'importance accordée au poids et à l'alimentation par les pairs est un des facteurs ayant le plus d'influence sur le développement des préoccupations à l'égard du poids chez les jeunes filles de 4^{ième} et de 5^{ième} années primaires (Taylor *et al.*, 1996). De plus, une étude montréalaise a récemment démontré que la pression des pairs est un important prédicteur de l'estime corporelle et

des comportements alimentaires chez les jeunes adolescentes (Lieberman *et al.*, 2001). Selon Paxton et ses collègues (1999), les similitudes en ce qui concerne certains comportements reliés au poids et à l'image corporelle retrouvées chez des adolescentes appartenant à un même groupe d'amies deviendraient de plus en plus forte avec le temps. On sait aussi que des moqueries et des commentaires négatifs concernant l'apparence corporelle sont couramment émis par les pairs. Aux États-Unis, 30 % des adolescentes et 25 % des adolescents rapportent être l'objet de moqueries reliées au poids perpétrées par leurs camarades (Eisenberg *et al.*, 2003). Au Canada, près de 19 % des enfants obèses sont victimes d'intimidation à l'école (Janssen *et al.*, 2004).

Toutefois, la littérature est inexistante en ce qui a trait à l'influence des pairs sur les attitudes à l'égard du poids des très jeunes enfants et quant à sa contribution dans la transmission des stéréotypes reliés au poids. D'ailleurs, un aspect intéressant, mais souvent négligé, est la contribution possible des pairs à un processus accéléré de maturation. En effet, la fréquentation de services de garde de plus en plus tôt dans l'enfance expose de très jeunes enfants à des camarades plus âgés. Ces enfants plus âgés, ayant possiblement déjà internalisé certaines normes culturelles en matière d'apparence corporelle, pourraient les afficher aux enfants plus jeunes qu'ils fréquentent. Ces derniers pourraient les afficher à leur tour, accélérant par ce fait le processus d'internalisation de ces normes (Wardle et Watters, 2003). L'exploration de l'influence des pairs apparaît donc comme une voie qu'il est particulièrement indiqué de poursuivre.

Finalement, une dernière piste d'exploration qui pourrait s'avérer fructueuse est l'influence des éducateurs en service de garde. Comme nous l'avons déjà mentionné, le nombre

d'enfants fréquentant les garderies va en augmentant et ces derniers sont de plus en plus jeunes. Étant donné le nombre important d'heures passées en compagnie des éducateurs, il est possible de penser que ceux-ci pourraient contribuer au développement des attitudes à l'égard du poids chez les enfants qui fréquentent les services de garde. Bien qu'aucune étude ne se soit attardée aux éducateurs en garderie, certaines se sont penchées sur les attitudes des éducateurs en milieu scolaire. Elles rapportent entre autres que les enseignants (Neumark-Stzainer *et al.*, 1999) et les directeurs d'école (Price *et al.*, 1987) présentent des préjugés envers les personnes obèses. Par exemple, la majorité des enseignants du niveau secondaire jugent que les enfants obèses ont moins de chance de réussir que les autres enfants (Neumark-Stzainer *et al.*, 1999). On peut estimer que les éducateurs en garderie présentent des croyances et des attitudes envers l'obésité similaires à celles retrouvées dans la population en général. Il serait très intéressant de décrire ces dernières et d'évaluer leur influence sur les attitudes des enfants.

Chapitre 6

6. Conclusion

Il faut retenir de cette étude que dès l'âge de 4 ans, les enfants présentent des attitudes spécifiques à l'égard de l'obésité et que ces attitudes traduisent possiblement des valeurs et des croyances de nature négative envers le poids. Bien que les parents jouent un rôle important dans le développement de leur enfant, il semble que leurs préoccupations et leurs attitudes face au poids ne soient pas les principaux déterminants des attitudes manifestées par les enfants face à l'obésité. Nous ne pouvons pour l'instant préciser quels sont les facteurs qui contribuent au développement de ces attitudes. D'autres études devront être menées afin de mieux comprendre le phénomène de la stigmatisation de l'obésité retrouvée chez les enfants d'âge préscolaire. Il serait pertinent que des études ultérieures se penchent notamment sur l'influence que peuvent avoir les médias, les éducateurs et les pairs.

Il serait également important de vérifier si les attitudes des jeunes enfants se traduisent concrètement dans les comportements manifestés à l'égard des individus obèses et notamment de leurs camarades. À cet effet, il serait intéressant de reprendre l'étude de Strauss et Pollack (2003) afin de voir si le réseau social des enfants varie selon leur poids. D'autant plus que les moqueries et les commentaires négatifs émis par les camarades sont associés à une faible estime de son corps (Lieberman *et al.*, 2001) et contribuent au développement d'une image corporelle anormale (Adami *et al.*, 1997). Cette image négative semble d'ailleurs se maintenir dans le temps, même si l'individu retrouve ultérieurement un poids-santé (Adami *et al.*, 1997). Les attitudes manifestées par les camarades, principalement sous forme de rejet, de moqueries et d'intimidation, pourraient

également mener au développement d'une faible estime de soi, de symptômes dépressifs et d'idéations suicidaires chez les enfants qui en sont victimes (Adami *et al.*, 1997). Cette association serait présente peu importe le sexe, l'ethnie ou le poids réel des individus qui les subissent (Eisenberg *et al.*, 2003). Elles seraient aussi associées au développement de certains troubles alimentaires (Fairburn *et al.*, 1998).

D'un point de vue de santé publique, il est primordial de développer des programmes de prévention de l'obésité qui n'alimentent pas le culte de la minceur retrouvé dans notre société et qui n'augmentent pas la stigmatisation des personnes obèses. Il est également essentiel de favoriser la promotion d'une image corporelle positive, d'encourager l'acceptation des différences corporelles et de réduire la stigmatisation liée au poids. De plus, l'inclusion d'une composante visant à développer les habiletés à résister aux normes culturelles (Taylor *et al.*, 1996) devrait éventuellement être considérée lors de la création et du développement de programme de promotion et de prévention. Des interventions tôt dans l'enfance pourraient s'avérer un bon point de départ puisque certaines attitudes négatives à l'égard du poids sont déjà présentes avant l'entrée à l'école et surtout parce que les croyances et les valeurs en matière d'apparence corporelle semblent se consolider rapidement avec l'âge.

Bibliographie

Adami G.F., Gandolfo P., Campostano A., Meneghelli A., Giambattista R. et Scopinaro N. (1997): "Body image and body weight in obese patients", *International Journal of Eating Disorders*, **24**:299-306.

Adams, G.R., Hickens M. et Salehi M. (1988): "Socialisation of the physical attractiveness stereotype : parental expectations and verbal behaviors", *International Journal of Psychology*, **23**:137-149.

Allon N. (1979): "Self perception of the stigma of overweight in relationship to weight losing patterns", *American Journal of Clinical Nutrition*, **32**:470-480.

Allon N. (1982): "The stigma of overweight in everyday life", *Psychological aspect of obesity: A handbook*, New York, **B.B. Woolman edition**:130-174.

Alonzo A. A. et Reynolds N. R. (1995): "Stigma, HIV and AIDS: An Exploration and Elaboration of a Stigma Trajectory", *Social Science and Medicine*, **41(3)**:303-315.

Andrist L.C. (2003): "Media images, body dissatisfaction, and disordered eating in adolescent women", *American Journal of Maternal Child Nursing*, **28(2)**:119-123.

Aubin J., Lavallée C., Camirand J., Audet N., Beauvais B., et Berthiaume P. (2002): "Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999", **Québec: Institut de la statistique du Québec**.

Bandura A. (1977): "Social learning theory", **Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall**.

Baum C.G. et Forehand R. (1984): "Social factors associated with adolescent obesity", *Journal of Pediatric Psychology*, **9**:293-303.

Bell S.K. et Morgan S.B. (2000): "Children's attitudes and behavioral intentions toward a peer presented as obese: does a medical explanation for the obesity make a difference?", *Journal of Pediatric Psychology*, **25(3)**:137-145.

Berg F.M. (1996a): "Dysfonctional eating: a new concept", *Healthy Weight Journal*, **sept-oct**:88-93.

Berg F.M. (1996b): "Children in weight crisis", *Healthy Weight Journal*, **sept-oct**:86-87.

Birmingham C.L., Muller J.L., Palepu A., Spinelli J.J. et Anis A.H. (1999): "The cost of obesity in Canada", *Canadian Medical Association Journal*, **160(4)**:483-488.

Blouin M. et Bergeron C. (1997): "*Dictionnaire de la réadaptation, tome 2 : termes d'intervention et d'aides techniques*", **Québec, Les Publications du Québec**, 164 p.

Bolduc D., Steiger H. et Leung F. (1993): "Prévalence des attitudes et comportements inadaptés face à l'alimentation chez des adolescentes de la région de Montréal", *Santé Mentale au Québec*, **18(2)**:183-196.

Brassard J. et Mongeau L. (1999): "*Bien dans sa tête, bien dans sa peau*". *Projet de promotion d'une image corporelle saine en milieu scolaire. Rapport synthèse des années 1 et 2. Collectif action alternative en obésité*. 134 p.

Brenner D. et Hinsdale G. (1978): "Body build stereotypes and self-identification in three age groups of females", *Adolescence*, **13**:551-561.

Brickman P. (1975): "Adaptation level determinants of satisfaction with equal and unequal outcome distributions in skill and chance situations", *Journal of personality and Social Psychology*, **66**:621-632.

Brown, B. B. (1989): "The role of peer groups in adolescents' adjustment to secondary school" dans *Peer relationships in child development*, T. J. Berndt & G. W. Ladd (Eds), **New York: John Wiley and sons**, 188-215.

Brylinsky J.A. et Moore J.C. (1994): "The identification of body build stereotypes in young children", *Journal of research in Personality*, **28**:170-181.

Buss D. (1999): "Evolutionary Psychology", **Boston, MA: Allyn & Bacon**.

Cahnman W.J. (1968): "The stigma of obesity", *Sociological Quarterly*, **9**:283-299.

Canadian Heart Health Surveys Research Group [CHHSRG] (1997): "Obesity: A risk factor for cardiovascular disease: The Canadian Heart Health Surveys", *Canadian Medical Association Journal*, **157**(S1):53p.

Carpenter K.M., Hasin D.S., Allsion D.B. et Faith M.S. (2000): "Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts; results from a general population study", *American Journal of Public Health*, **90**:251-257.

Cash T. et Hicks K.L. (1990): "Being fat versus thinking fat: relationships with body image, eating behaviors and well-being", *Cognitive Therapy and Research*, **14**:327-341.

Cavior N. et Lombardi D.A. (1973): "Developmental aspects of judgement of physical attractiveness in children", *Developmental Psychology*, **8**:67-71.

Cohen J. (1998): "*Statistical power analysis for the behavioral sciences*". **Mahwak, NJ: Lawrence Erlbaum associates**.

Collins M.E. (1991): "Body figure perceptions and preferences among preadolescent children", *International Journal of Eating Disorders*, **10**:199-208.

Cramer P. et Steinwert T. (1998): "Thin is good, fat is bad: How early does it begin?", *Journal of Applied Developmental Psychology*, **19**:429-451.

- Crandall C.S. (1994): "Prejudice against fat people: ideology and self-interest", *Journal of Personality and Social Psychology*, **66**(5):882-894.
- Crandall C.S. (1995): "Do parents discriminate against their heavyweight daughters?", *Personality and Social Psychology Bulletin*, **21**:724-735.
- Crandall C. S. et Biernat M. (1990): "The ideology of anti-fat attitudes", *Journal of Applied Social psychology*, **20**(3):227-243.
- Crandall C.S. et Martinez R. (1996): "Culture, ideology, and antifat attitudes", *Personality and Social Psychology Bulletin*, **22**:1165-1176.
- Crandall C.S. et Schiffhauer K.L. (1998): "Anti-fat prejudice: beliefs, values, and american culture", *Obesity Research*, **6**(6):458-460.
- Crocker J., Cornwell B. et Major B. (1993): "The stigma of overweight: affective consequences of attributional ambiguity", *Journal of Personality and Social Psychology*, **64**:60-70.
- Czajka-Narins D.M. et Parham E.S. (1990): "Fear of fat: attitudes toward obesity", *Nutrition Today*, jan-feb:26-32.
- Davison K.K. et Birch L.L. (2001): "Weight status, parent reaction, and self-concept in five-year-old girls", *Pediatrics*, **107**(1):46-53.
- De Bruyn T. (1998) [page consultée le 20 février 2002]: "*VIH/sida et discrimination: un document de travail* ", **Montréal, Réseau Juridique Canadien VIH/sida et Société Canadienne du Sida**, [ONLINE]
URL:<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/discrimination/docdiscussion/DISctocF.html#diversité>
- Devaud C, Michaud P.A. et Narring F. (1995): "L'anorexie et la boulimie des affections en augmentation ? Une revue de littérature portant sur l'épidémiologie des dysfonctions alimentaires", *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, **43**:347-360.
- Dictionnaire Universel Francophone (1997), **Éd. Hachette/Edicef**.
- Dillman D.A. (2000): "Mail and internet surveys: The tailored design method", 2th ed, **New York, NY : John Wiley & sons**, 464 p.
- Dion K.K. (1973): "Young children's stereotyping of facial attractiveness", *Developmental Psychology*, **9**:183-188.
- Dion K.K. et Berscheid E. (1974): "Physical attractiveness and peer perception among children", *Sociometry*, **37**:1-12.

- Eisenberg M.E., Neumark-Sztainer D. et Story M. (2003): "Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents", *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, **157**(8):733-738.
- Fairburn C.G., Doll, H., Welch S.L., Hay P.J., Davies B.A. et O'Connor M.E. (1998): "Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study" *Archives of General Psychiatry*, **55**(5):425-432.
- Falkner N.H., French S.A., Jeffery R.W., Neumark-Sztainer D., Sherwood N.E. et Morton N. (1999): "Mistreatment due to weight: prevalence and sources of perceived mistreatment in women and men", *Obesity Research*, **7**(6):572-576.
- Fields A.E., Camargo C.A., Taylor C.B., Berkey S., Roberts S.B. et Colditz, G.A. (2001): "Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys", *Pediatrics*, **107**:54-60.
- Fischler C. (1990): "*Le corps du mangeur*", L'omnivore, **Paris: Éditions Odiles Jacob.**
- Friedman M.A. et Brownell K.D. (1995): "Psychological correlates of obesity: Moving to the next research generation", *Psychological Bulletin*, **11**:3-20.
- Gibbons F.X. et Gerard M. (1989): "Effects of upward and downward social comparison on mood states", *Journal of Social and Clinical Psychology*, **1**:14-31.
- Goodman N.S., Dornbusch M., Richardson S.A. et Hastorf A.H. (1963): "Variant reactions to physical disabilities", *American Sociological Review*, **28**:429-435.
- Goffman I. (1963): "*Stigma*", **Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, inc.**
- Gortmaker S.L., Must A, Perrin J.M., Sobol A.M. et Dietz W.H. (1993): "Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood", *New England Journal of Medicine*, **329**:1008-1012.
- Gowers S.G. et Shore A. (2001): "Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders", *The British Journal of Psychiatry*, **179**:236-242.
- Greenberg B.S., Eastin M., Hofschire L., Lachlan K. et Bownell, K. (2003): "Portrayals of overweight and obese individuals on commercial television", *American Journal of Public Health*, **93**(8):1342-1348.
- Gustafson-Larson A.M. et Terry R.D. (1992): "Weight-related behaviors and concerns of fourth-grade children", *Research*, **92**(7):818-822.
- Haghighat, R. (2001): "A unitary theory of stigmatisation: Pursuit of self-interest and route to destigmatisation", *The British Journal of Psychiatry*, **178**:207-215.

Hamilton D.L. et Gifford R.K. (1976): "Illusory correlation in interpersonal perception: a cognitive basis of stereotypic judgments", *Journal of Experimental Social Psychology*, **12**:392-407.

Harris M. B. (1990): "Is love seen as different for the obese?", *Journal of Applied Social Psychology*, **20(15)**:1209-1224.

Harris M.B. et Smith S.D. (1982): "Beliefs about obesity: effects of age, ethnicity, sex and weight", *Psychological Reports*, **51**:1047-1055.

Harris M.B. et Smith S.D. (1983): "The relationship of age, sex, ethnicity, and weight to stereotypes of obesity and self-perception", *International Journal of Obesity*, **7**:361-371.

Harrison K. (2000): "Television viewing, fat stereotyping, body shape standards, and eating disordered symptomatology in grade school children", *Communication Research*, **27**:617-640.

Hill A.J. et Silver E.K (1995): "Fat, friendless and unhealthy: 9-year old children's perception of body shape stereotypes". *International Journal of Obesity*, **19**:423-430.

Institut de la statistique du Québec (2001): "*Enquête sociale et de santé 1998*", 2^e édition, sous la direction de Duvaluy C., Pica L., Audet N., Courtemanche R. et Lapointe F., **Québec, Ministère de la santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.**

Janssen I., Craig W.M., Boyce W.F. et Pickett W. (2004): "Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children", *Pediatrics*, **113**:1187-1194.

Kalisch B.J. (1972): "The stigma of obesity", *American Journal of Nursing*, **72**:1124-1127.

Kanouse D.E. et Hanson L.R. (1972): "Negativity in evaluations" dans *Attributions: perceiving the causes of behaviour*, édité par Ones, E.E et al., **Morristown, NJ: General Learning Press.**

Katzmarzyk P.T. (2002): "The canadian obesity epidemic, 1985-1998", *Canadian Medical Association Journal*, **166(8)**:1039-1040.

King A.J.C., Boyce W.F. et King M.A. (1999): "*La santé des jeunes; tendances au Canada, Une étude multinationale de l'Organisation Mondiale de la Santé*", **Ottawa, Santé Canada**, catalogue h39-498/1999E, 110 p.

Kinston W., Loader p., Miller L. et Rein L. (1988): "Interaction in families with obese children", *Journal of Psychosomatic Research*, **32**:513-532.

Kirkley B.G. et Burge J.C. (1989): "Dietary restriction in young women: issues and concerns", *Annals of Behavioral Medicine*, **11(2)**:66-72.

- Kraig K.A. et Keel P.K. (2001): "Weight-based stigmatization in children", *International Journal of Obesity*, **25**:1661-1666.
- Krieger N. (1999): "Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination", *International Journal of Health Services*, **29(2)**:295-352.
- Krieger N. (2002): "Discrimination and health" dans *Social Epidemiology*, Berman L.F. et Kawachi I.P., Éd., New York, NY, **Oxford University Press, Inc.** p.36-75.
- Kumanyika S.K. (2001): "Minisymposium on obesity: overview and some strategic considerations", *Annual Review of Public Health*, **22**:293-308.
- Langlois J.H. et Styczynski L. (1979) : "The effects of physical attractiveness on the behavioral attributions and peer preferences in acquainted children", *International Journal of Behavioral Development*, **2** :325-341.
- Latner J.D. et Stunkard A.J. (2003): "Getting worse: the stigmatization of obese children", *Obesity Research*, **11(3)**:452-456.
- Lawson M.C. (1980): "Development of body build stereotypes, peer ratings, and self-esteem in Australian children", *The Journal of Psychology*, **104**:111-118.
- Ledoux M. et Rivard M. (2001) : "Poids corporel" dans *Enquête sociale et de santé 1998*, 2^e édition, **Québec, Institut de la statistique du Québec**, p.185-199.
- Ledoux M., Mongeau L. et Rivard M. (2002) : "Poids corporel" dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents 1999*, **Québec, Institut de la statistique du Québec**, p.311-344.
- Lerner R.M. (1969) : "The development of stereotyped expectancies of body build behavior relations", *Child Development*, **40**:137-144.
- Lerner R.M. (1973): "The development of personal space schemata toward body build", *Journal of Psychology*, **84**:229-235.
- Lerner R.M. et Geller E. (1969): "Body build identification, preference, and aversion in children", *Developmental Psychology*, **5**:256-462.
- Lerner R.M., Karabenick S. et Meisels M. (1975): "Effects of age and sex on the development of personal space schemata towards body build", *Journal of Genetic Psychology*, **127**:91-101.
- Lerner R.M. et Korn S.J. (1972): "The development of body-build stereotypes in males", *Child Development*, **43**:908-920.

- Lerner R.M. et Pool K. (1972) : "Body build stereotypes : A cross-cultural comparison", *Psychological Reports*, **31**:527-532.
- Lerner R.M. et Schroeder C. (1971a): "Kindergarten children's active vocabulary about body build", *Developmental Psychology*, **5**:179.
- Lerner R.M. et Schroeder C. (1971b): "Physique identification, preference, and aversion in kindergarten children", *Developmental Psychology*, **5**:538.
- Lieberman M, Gauvin L., Bukowski W.M. et White D.R. (2001): "Interpersonal influence and disordered eating behaviors in adolescent girls. The role of peer modeling, social reinforcement, and body-related teasing", *Eating Behaviors*, **2**:215-236.
- Macrae C.N., Bodenhausen G.V., Milne A.B. et Jetten J. (1994): "Out of mind but back in sight: stereotypes on the rebound", *Journal of Personality and Social Psychology*, **26**:289-304.
- Martin L.F., Robinson A. et Moore B.J. (2000): "Socioeconomic issues affecting the treatment of obesity in the new millenium", *Pharmacoeconomics*, **18**(4):335-353.
- McFarlane T., McCabe R.E., Jarry J., Olmstead M.P. et Polivy J. (2001): "Weight-related and shape-related self-evaluation in eating-disordered and non-eating disordered - women", *International Journal of Eating Disorders*, **29**:328-335.
- Miller C.T., Rothblum E.D., Brand P.A. et Felicio D.M. (1995a): "Do obese women have poorer relationships than nonobese women? Reports by self, friends, and coworkers", *Journal of personality*, **63**(1):65-85.
- Miller C.T. Rothblum E.D., Felicio D. et Brand P.A. (1995b): "Compensating for stigma: obese and non-obese women's reactions to being visible", *Personality and Social Psychology Bulletin*, **21**:1093-1106.
- Myers A. et Rosen J.C. (1999): "Obesity stigmatization and coping : relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem", *International Journal of Obesity*, **23**:221-230.
- National Institutes of Health [NIH] (1998): "Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report", **Bethesda, Maryland: Department of Health and Human Services; National Institutes of Health; Heart, Lung, and Blood Institute [NHLBI]**, No 98-4083, 262p.
- Nestle M. et Jacobson M.F. (2000): "Halting the obesity epidemic: A public health approach", *Public Health Reports*, **115**:12-24.
- Neumark-Sztainer, D. (2003): "Obesity and eating disorders prevention: an integrated approach?", *Adolescent Medicine State of the Art Reviews*, **14**,159-173.

- Neumark-Sztainer D., Story M. et Faibisch L. (1998): "Perceived stigmatization among overweight african-american and caucasian adolescent girls", *Journal of Adolescent Health*, **23**:264-270.
- Neumark-Sztainer D., Story M., Faibish L., Ohlson J. et Adamiak M. (1999): "Issues of self-image among overweight africa american and caucasian adolescent girls: a qualitative study", *Journal of Nutrition Education*, **31**:311-320.
- Neumark-Sztainer D., Story M., French S.A., Hannan P.J., Resnick M.D. et Blum R.W. (1997): "Psychosocial concerns and health-compromising behaviors among overweight and nonoverweight adolescents", *Obesity Research*, **5**(3):237-249.
- Organisation Mondiale de la Santé (1998): "*Obesity: preventing and managing the global epidemic*", Report of a WHO Consultation on Obesity, **Genève, WHO Technical Report Series No 894**, 254 p.
- Palla B. et Litt I. (1988): "Medical complications of eating disorders in adolescents", *Pediatrics*, **81**:613-623.
- Paxton S.J., Schutz H.K., Wertheim E.H. et Muir S.L. (1999): "Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight loss behaviors, and binge eating in adolescent girls", *Journal of Abnormal Psychology*, **108**:255-266.
- Price J.H., Desmond S.M. et Stelzer C.M. (1987): "Elementary school principals' perceptions of childhood obesity", *Journal of School Health*, **57**:367-370.
- Puhl R. et Brownell K.D. (2003): "Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias", *Obesity Reviews*, **4**, 213-227.
- Puhl R. et Brownell K.D. (2002): "Stigma, discrimination and obesity" dans *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, 2th edition, **New York: The Guilford press**. p.108-112.
- Pugliese M.T., Lipshitz G., Grad G., Fort P. et Marks-Katz M. (1983): "Fear of obesity: A cause of short stature and delayed puberty", *New England Journal of Medicine*, **309**:513-518.
- Putterman E. et Linden W. (2004): "Appearance versus health: does the reason for dieting affect dieting behavior?", *Journal of Behavioral Medicine*, **27**(2):185-204.
- Ratté C., Pomerleau G. et Lapointe C. (1989): "Dépistage des troubles des conduites alimentaires chez une population d'étudiantes au niveau collégial : corrélation avec deux caractéristiques psychosociales", *Revue Canadienne de Psychiatrie*, **34**:892-897.
- Reeder B.A. (1996): "The public health implication of obesity in Canada", dans *Progress in Obesity Research*: 7, Anderson A. et al. (ed), **London, John Libbey ed**, 581-585.

Richardson S.A. (1970): "Age and sex differences in values toward physical handicaps", *Journal of Health and Social Behavior*, **11**:207-214.

Richardson S.A. (1971): "Research report: handicap, appearance and stigma", *Social Science & Medicine*, **5**:621-628.

Richardson S.A., Hostorf A.H., Goodman N. et Dornbusch S.M. (1961): "Cultural uniformity in reaction to physical disabilities", *American Sociology Review*, **26**:241-247.

Richardson S.A. et Royce J. (1968): "Race and handicap in children's preference for other children", *Child Development*, **39**:467-480.

Rieves L. et Cash T.F. (1996): "Social developmental factors and women's body-image attitudes", *Journal of Social Behavior & Personality*, **11**(1):63-78.

Robinson B.E., Bacon J.G. et O'Reilly J. (1993): "Fat phobia: measuring, understanding, and changing anti-fat attitudes", *International Journal of Eating Disorders*, **14**(2):467-480.

Rothbart, M., Fulero, S., Jensen, C., Howard, J., et Birrel, P. (1978): "From individual to group impressions: availability heuristics in stereotype formation", *Journal of Experimental Social Psychology*, **14**, 237-255.

Santé et Bien-être social Canada (1998a): "*Niveaux de poids associés à la santé: lignes directrices canadiennes*", **Rapport du groupe d'experts des normes pondérales**, Ottawa, 135p.

Santé et Bien-être social Canada (1998b): "*Le poids et la santé*", Document de travail, **Direction générale des services et de la promotion de la santé**, 68p.

Sarlio-Lahteenkorva S., Silventoinen K. et Lahelma E. (2004): "Relative weight and income at different levels of socioeconomic status", *American Journal of Public Health*, **94**,468-472.

Sawer D.B., Magge L. et Clark V. (2004): "Physical appearance and cosmetic medical treatments: physiological and socio-cultural influences", *Journal of Cosmetic Dermatology*, **2**,29-39.

Scarano G.M. et Kalonder-Martin C.R. (1994): "A description of the continuum of eating disorders: implications for intervention and research", *Journal of Counselling and Development*, **72**:356-361.

Schaefer C. et Mongeau L. (2000): "*L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids: Élément d'une problématique et réflexion pour l'action*", **Collectif action alternative en obésité**, Montréal, Association pour la santé publique du Québec, 2000, 88 p.

Schwartz D.J., Phares V., Tantleff S. et Thompson J.K. (1999): "Body image, psychological functioning, and parental feedback regarding physical appearance", *International Journal of Eating Disorders*, **25**:339-343.

Smolak L., Levine M.P. et Schermer F. (1999): "Parental input and weight concerns among elementary school children", *International Journal of Eating Disorders*, **25**:263-271.

Sobal J. et Stunkard A.J. (1989): "Socioeconomic status and obesity: a review of the literature", *Psychological Bulletin*, **105**:260-275.

Staffieri J.R. (1967): "A study of social stereotype of body image in children", *Journal of Personality and Social Psychology*, **7**:101-104.

Stager S.F. et Burke P.J. (1982): "A reexamination of body build stereotypes", *Journal of Research in personality*, **16**:435-446.

Statistique Canada (page consultée le 17 juin 2004): " Indice de masse corporelle (IMC), norme internationale, selon le sexe, population à domicile de 20 à 64 ans excluant les femmes enceintes, Canada, provinces, territoires, régions socio-sanitaires et groupes de régions homologues, 2000-2001", Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, [ONLINE]

URL: http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/tables/html/1226_f.htm

Stice E. (1998): "Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimic symptoms", *Behaviour Research and Therapy*, **36**(10):931-944.

Strauss R. et Pollack H.A. (2003): "Social marginalization of overweight children", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, **157**(8):746-752.

Strauss C.C., Smith K., Frame C. et Forehand, R. (1985): "Personnal and interpersonal characteristics associated with childhood obesity", *Journal of Pediatric Psychology*, **10**(3): 337-343.

Stunkard A.J. et Wadden T.A. (1992): "Psychological aspects of severe obesity", *American Journal of Clinical Nutrition*, **55**(S):524S-532S.

Styczynski L. et Langlois J.H. (1977): "The effects of familiarity on behavioral stereotypes associated with physical attractiveness in young children", *Child Development*, **48**:1137-1141.

Sylvester G.P., Achterberg C. et Williams J. (1995): "Children's television and nutrition: friends or foes?", *Nutrition Today*, **30**:6-15.

Taylor C.B., Sharpe T., Shisslak C., Bryson S., Estes L.S., Gray N., McKnight K.M., Crago M., Kraemer H.C. et Killen J.D. (1996): "Factors associated with weight concerns in adolescent girls", *International Journal of Eating Disorders*, **24**:31-42.

Telch C.F. et Agras W.S. (1994): "Obesity, binge eating and psychopathology – Are they related", *International Journal of Eating Disorders*, **15**(1):53-61.

Telch C.F., Agras W.S. et Rossiter E.M. (1988): "Binge eating with increasing adiposity", *International Journal of Eating Disorders*, **7**:115-119.

Thelen M.H. et Cormier J.F. (1995): "Desire to be thinner and weight control among children and their parents", *Behavior Therapy*, **26**(1):85-89.

Thompson S.H., Corwin S.J. et Sargent R.G. (1997): "Ideal body size beliefs and weight concerns of fourth-grade children", *International Journal of Eating Disorders*, **21**:279-284.

Tobias A.L. et Gordon J.B. (1980): "Social consequences of obesity", *Journal of the American Dietetic Association*, **76**:338-342.

Tremblay M.S. et Willms J.D. (2000): "Secular trends in the body mass index of Canadian children", *Canadian Medical Association Journal*, **163**(11):1429-1433.

Vaughn B.E. et Langlois J.H. (1983): "Physical attractiveness as a correlate of peer status and social competences in preschool children", *Developmental psychology*, **19**:561-576.

Visscher T.L.S. et Seidell J.C. (2001): "The public health impact of obesity", *Annual Review of Public Health*, **22**:355-375.

Wadden T.A., Anderson D.A., Foster G.D., Bennett A., Steinberg C. et Sarwer D.B. (2000): "Obese women's perceptions of their physicians' weight management attitudes and practices", *Archives of Family Medecine*, **9**:854-860.

Wardle J., Volz C. et Golding C. (1995): "Social variation in attitudes to obesity in children", *International Journal of Obesity*, **19**:562-569.

Wardle J. et Watters R. (2003): "Sociocultural influences on Attitudes to weight and eating: results of a natural experiment", *International Journal of Eating Disorders*, **35**:589-596.

Whitaker, RC, Wright, JA, Pepe, MS, Seidel, KD, et Dietz, WH. (1997): "Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity", *New England Journal of Medicine*, **337**(13):869-873

Wills, T. A. (1981): "Downward comparison principles in social psychology", *Psychological Bulletin*, **90**, 245-271.

Annexes

Annexe A

Activités destinées aux enfants



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine

Institut national
de santé publique

Québec

Direction DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE LA PLANIFICATION
ET DE L'ÉVALUATION
Affiliation universitaire (HCLM)

Le _____ 2003

Attitudes à l'égard du poids et de l'apparence corporelle. Enquête auprès des enfants d'âge préscolaire et de leurs parents.

Activités destinées aux enfants

1. Âge: 4 ans ☐ 5 ans ☐
2. Sexe : Féminin ☐ → Utilisez les Séries "fillettes"
Masculin ☐ → Utilisez les Séries "garçons"

Les questions suivantes se rapportent aux séries photographiques.

Présentation des activités aux enfants :

Je vais te montrer plusieurs photos d'enfants qui ont le même âge que toi et je vais te demander de choisir, parmi ces enfants, celui (celle) avec lequel (laquelle) tu aimerais le plus faire certains jeux. On va mettre la photo de cet enfant de côté puis choisir la photo d'un autre enfant, jusqu'à ce qu'il n'en reste plus aucun.

As-tu des questions ?

Ex: Parmi tous les animaux que tu vois sur ces photos, lequel préfères-tu ? (Série #00)

1^{ier} choix: _____ 2^{ième} choix: _____ 3^{ième} choix: _____ 4^{ième} choix: _____ 5^{ième} choix: _____

N.B. : Tous les commentaires concernant l'exécution d'une activité donnée et pouvant s'avérer pertinents doivent être notés aux endroits prévus à cet effet.

Ex : Absence de préférence entre deux photographies.

Début des activités

1. Parmi tous les enfants que tu vois sur ces photos, avec lequel (laquelle) aimerais-tu le plus jouer au ballon ? (**Série #1**)

1^{ier} choix: ____ 2^{ième} choix: ____ 3^{ième} choix: ____ 4^{ième} choix ____ 5^{ième} choix: ____

Commentaires: _____

2. Parmi tous les enfants que tu vois sur ces photos, avec lequel (laquelle) aimerais-tu le plus faire du bricolage avec du papier et de la peinture ? (**Série #2**)

1^{ier} choix: ____ 2^{ième} choix: ____ 3^{ième} choix: ____ 4^{ième} choix ____ 5^{ième} choix: ____

Justification du 1^{ier} choix : _____

Justification du 5^{ième} choix : _____

Commentaires: _____

☆ Pause de 10 minutes au besoin ☆

Directives à l'enfant (si pause) : Nous allons classer des photos comme nous l'avons fait tantôt. Te souviens-tu comment nous avons fait ? Si oui, passer à la question 3. Si non, expliquer à nouveau à l'enfant, en utilisant les mêmes indications que celles mentionnées lors de la présentation des activités. Au besoin, répéter l'exemple (**Série #00**).

3. Parmi toutes les mesdames que tu vois ici, laquelle aimerais-tu le plus pour aider Mme, M, _____ (nom de l'animateur/animateur(e) présent(e)) à s'occuper de toi à la garderie ? (**Série #3**)

1^{ier} choix: _____ 2^{ième} choix: _____ 3^{ième} choix: _____ 4^{ième} choix: _____ 5^{ième} choix: _____

Commentaires: _____

4. Parmi tous les enfants que tu vois sur ces photos, avec lequel (laquelle) aimerais-tu le plus aller te baigner à la piscine? (**Série #2**)

1^{ier} choix: _____ 2^{ième} choix: _____ 3^{ième} choix: _____ 4^{ième} choix: _____ 5^{ième} choix: _____

Commentaires: _____

5. Parmi tous les enfants que tu vois ici, avec lequel (laquelle) aimerais-tu le plus jouer aux marionnettes ? (**Série #1**)

1^{ier} choix: _____ 2^{ième} choix: _____ 3^{ième} choix: _____ 4^{ième} choix: _____ 5^{ième} choix: _____

Justification du 1^{ier} choix : _____

Justification du 5^{ième} choix : _____

Commentaires: _____

Fin des activités

Commentaires

Inscrire ci-dessous tous commentaires généraux concernant le déroulement des activités et pouvant s'avérer pertinents lors de l'analyse des données recueillies.

[illegible]

Séries photographiques utilisées auprès des fillettes :

Série # 00



Chat



Perruche



Lapin



Souris



Chien

Série # 1



Poids santé



Excès de poids



Obèse



Prothèse



Tache de naissance

Série #2



Poids santé



Excès de poids



Obèse



Prothèse



Tache de naissance

Série #3



Poids santé



Excès de poids



Obèse



Prothèse



Tache de naissance

N.B.: Dans ce document, les visages ont été brouillés afin de préserver l'anonymat. Cette modification n'apparaît pas sur les séries originales.

Séries photographiques utilisées auprès des garçons :

Série # 00



Chat



Perruche



Lapin



Souris



Chien

Série # 1



Poids santé



Excès de poids



Obèse



Prothèse



Tache de naissance

Série #2



Poids santé



Excès de poids



Obèse



Prothèse



Tache de naissance

Série #3



Poids santé



Excès de poids



Obèse



Prothèse



Tache de naissance

N.B.: Dans ce document, les visages ont été brouillés afin de préserver l'anonymat. Cette modification n'apparaît pas sur les séries originales.

Annexe B

Questionnaire destiné aux parents



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine

Institut national
de santé publique

Québec

Direction

DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE LA PLANIFICATION
ET DE L'ÉVALUATION

Affiliation universitaire (HCLM)

Attitudes à l'égard du poids et de l'apparence corporelle.

Enquête auprès des enfants
d'âge préscolaire et de
leurs parents.



◆ Questionnaire destiné aux parents

L'illustration de la couverture
est tirée du site web créé pour "The Rudd Institute"
<http://www.ruddinstitute.org/institute.asp>

Étude menée par

Gina Bravo, Ph. D.

Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke

Julie Dufort, M.D.

Affiliation universitaire, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Johanne Laguë, M.D., M.Sc. F.R.C.P.C.

Institut national de santé publique du Québec

Lyne Mongeau, Dt.P., M.Sc.

Institut national de santé publique du Québec

Hivers 2003

Attitudes à l'égard du poids et de l'apparence corporelle
Enquête auprès des enfants d'âge préscolaire et de leurs parents.

Bonjour,

Nous entreprenons présentement le deuxième volet de l'étude à laquelle vous avez été invité(e) à participer, soit le projet "*Attitudes à l'égard du poids et de l'apparence corporelle – Enquête auprès des enfants d'âge préscolaire et de leurs parents*". Avec votre accord, votre enfant a récemment contribué au premier volet de l'étude en participant à de courtes activités portant sur le thème du poids et de l'apparence corporelle. Le questionnaire qui suit s'adresse à vous, les parents. Il nous permettra de compléter les informations nécessaires à notre projet.

Ce questionnaire doit être rempli par *un seul* des parents, soit le père *ou* la mère. Il vous faudra environ 10 à 15 minutes pour le compléter. Lorsque vous aurez terminé, veuillez retourner le questionnaire dans l'enveloppe ci-jointe, par la poste ou par le biais du service de garde de votre enfant et ce, avant le _____ 2003.

Ce questionnaire sera traité de façon strictement *confidentielle*

Afin d'assurer la confidentialité de vos réponses, ce questionnaire est identifié à l'aide d'un numéro. Pour toutes questions concernant cette étude, n'hésitez pas à communiquer avec nous au numéro indiqué ci-dessous.

Au nom de l'équipe de recherche, je vous remercie grandement de votre collaboration,

Julie Dufort, M.D.
Responsable du projet

Affiliation universitaire
Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3
(450) 928-6777 poste #3094
j.dufort@rrssl6.gouv.qc.ca

Directives :

- Prenez le temps de bien lire chacune des questions.
 - Suivez attentivement les consignes apparaissant dans les encadrés.
 - Choisissez la réponse qui reflète *le mieux* votre situation.
 - Notez qu'il n'y a pas de *bonne* ou de *mauvaise* réponse à ce questionnaire.
- Seul importe le sérieux de vos réponses.**

Quelques questions à propos de vous et de votre famille.

1. Je suis le père ☐ ou la mère ☐ de l'enfant ayant participé à l'étude.

2. Je suis âgé(e) de : _____ ans

3. Je suis présentement :
 - Célibataire.....☐.
 - Marié(e).....☐.
 - Conjoint(e) de fait.....☐.
 - Divorcé(e).....☐.
 - Veuf(ve).....☐.

4. Je m'identifie au groupe ethnique ou culturel suivant : _____
 (Exemple: québécois, autochtone, chinois, italien, arabe, grec, etc.)

5. Mon enfant* habite la plus grande partie du temps avec :
 - Son père et sa mère.....☐.
 - Son père seulement.....☐.
 - Sa mère seulement.....☐.
 - Alternativement avec son père et sa mère.....☐.
 - Avec son père et sa conjointe.....☐.
 - Avec sa mère et son conjoint.....☐.
 - Autre, précisez: _____

6. Quel niveau de scolarité avez-vous complété ?

* Ce terme s'applique à l'enfant ayant participé à l'étude.

- Primaire.....☐
 Secondaire.....☐
 Collégial (Cégep).....☐
 Universitaire (1^{er} cycle).....☐
 Universitaire (cycles supérieurs).....☐

Quelques questions au sujet de votre enfant.*

7. Mon enfant fréquente les services de garde depuis l'âge de : _____

8. Au cours des derniers 6 mois, mon enfant a fréquenté des grosses personnes parmi:
(Pour cette question, cochez les cases qui s'appliquent le mieux à la situation de votre enfant.)

	Oui	Non	Ne sait pas
Ses parents (et leur conjoint(e) s'il y a lieu)			
Ses frères et sœurs			
Ses grands-parents			
Les autres membres de la famille (Ex: oncles, tantes, cousins(es), etc)			
Les amis(es) de la famille			
Les familles du voisinage			
Les enfants du service de garde			
Le personnel du service de garde			

* Ce terme s'applique à l'enfant ayant participé à l'étude.

9. Combien mesurez-vous ?

*(Vous pouvez inscrire votre réponse en pieds **ou** en centimètres, selon votre préférence.)*

_____ pieds _____ pouces **ou** _____ centimètres

***Les deux questions suivantes ne s'adressent qu'aux mères.
Les pères doivent passer à la question #12.***

10. Êtes-vous enceinte présentement ?

Oui.....☐ → ***passer à la question 11***

Non.....☐ → ***passer à la question 12***

Ne sait pas.....☐ → ***passer à la question 12***

11. Quel était votre poids avant d'être enceinte ?

(Vous pouvez inscrire votre réponse en livres ou en kilogrammes, selon votre préférence.)

_____ livres **ou** _____ kilogrammes → ***passer à la question 14***

12. Quel est votre poids actuel ?

*(Vous pouvez inscrire votre réponse en livres **ou** en kilogrammes, selon votre préférence.)*

_____ livres **ou** _____ kilogrammes

13 . Considérez-vous être :

à votre poids-santé.....☐

au-dessous de votre poids-santé.....☐

au-dessus de votre poids-santé.....☐

***Pour les deux questions suivantes,
cochez les cases qui s'appliquent le mieux à votre situation***

14. Au cours des derniers 6 mois, avez-vous essayé de:

	Jamais ou Rarement	De temps en temps	Souvent	Tout le temps
A. perdre du poids ?				
B. maintenir ou contrôler votre poids ?				
C. gagner du poids ?				

15. Au cours des derniers 6 mois...

	Jamais ou Rarement	De temps en temps	Souvent	Tout le temps
A. Avez-vous dit à votre enfant* qu'il(elle) était trop lourd(e), trop pesant(e) ou trop gros(se) ?				
B. Avez-vous essayé de diminuer la quantité d'aliments consommés par votre enfant* dans le but qu'il(elle) perde du poids ou qu'il(elle) évite d'en prendre ?				
C. Avez-vous incité votre enfant* à faire plus d'activités physiques dans le but qu'il(elle) perde du poids ou qu'il(elle) évite d'en prendre ?				
D. Avez-vous empêché votre enfant* de manger des aliments qu'il(elle) aime dans le but qu'il(elle) perde du poids ou qu'il(elle) évite d'en prendre ?				

**Quelques questions concernant vos opinions sur le gain de poids
et sur les grosses personnes.**

* Ce terme s'applique à l'enfant ayant participé à l'étude

très en désaccord neutre très en accord

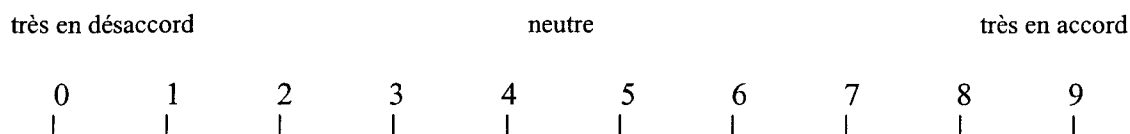
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

[illegible][illegible]

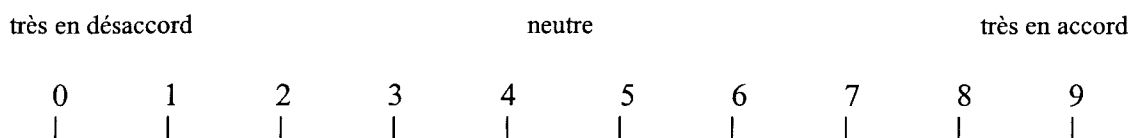
132



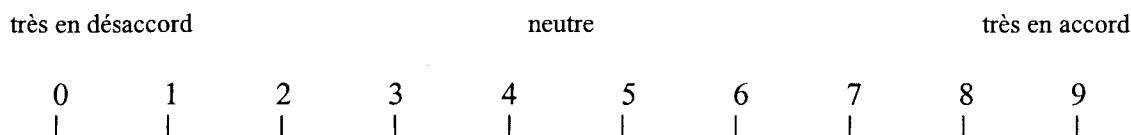
20. J'ai du mal à prendre au sérieux les grosses personnes.



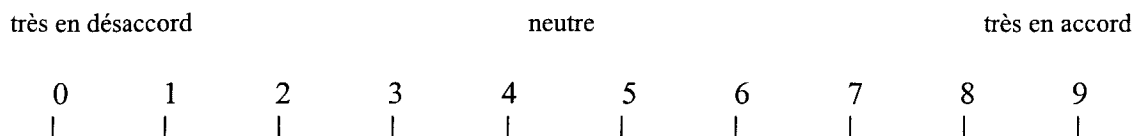
21. Je n'aime pas beaucoup les grosses personnes.



22. Les grosses personnes pourraient au moins perdre un peu de poids en faisant un peu d'exercice.



23. C'est pas mal de leur faute si les grosses personnes tendent à être grosses.



24. J'ai tendance à penser que les personnes qui ont un surplus de poids ne sont pas tout à fait fiables.

très en désaccord

neutre

très en accord

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

25. Je n'ai pas beaucoup d'amis(es) qui sont gros(ses).

très en désaccord

neutre

très en accord

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

26. Si j'étais un employeur qui cherche du personnel, je pourrais éviter d'engager une grosse personne.

très en désaccord

neutre

très en accord

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

27. Les grosses personnes me font sentir mal à l'aise.

très en désaccord

neutre

très en accord

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fin du questionnaire.

**Soyez assuré(e) que toutes les informations que vous nous avez
fournies resteront *confidentielles*.**

Nous vous remercions grandement

de votre collaboration !

<p>☆ N'oubliez pas de retourner le questionnaire dans ☆ l'enveloppe ci-jointe, par la poste ou par le biais du service de garde de votre enfant, et ce, <i>avant</i> le _____ 2003</p>	
<p>Julie Dufort, M.D. Responsable du projet</p>	<p>Affiliation universitaire Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie 1255, rue Beauregard Longueuil (Québec) J4K 2M3 (450) 928-6777 poste #3094 j.dufort@rrsss16.gouv.qc.ca</p>

Commentaires

Si vous avez des commentaires concernant cette étude, vous pouvez les inscrire dans l'espace ci-dessous.

Annexe C

Formulaire de consentement – participation aux séries photographiques



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine

Institut national
de santé publique

Québec

Direction	DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION
Affiliation universitaire (HCLM)	

Le 25 septembre 2002

Madame, Monsieur

Il existe plusieurs problèmes de santé reliés au poids et à l'apparence physique. On peut par exemple penser à l'obésité ou encore aux troubles alimentaires tels que l'anorexie. Les opinions et les attitudes personnelles en ce qui concerne l'attrait physique pourraient influencer le développement et l'évolution de ces problèmes de santé. Elles pourraient également expliquer en grande partie certains comportements potentiellement dangereux pour la santé, comme par exemple les diètes excessives et les jeûnes. Afin de permettre aux professionnels de la santé de mieux intervenir face aux problèmes reliés au poids, il est important de documenter les opinions et les attitudes en matière d'attrait physique et de comprendre comment elles se développent. C'est pourquoi l'Affiliation universitaire de la Direction de la santé publique de la Montérégie, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, développe présentement un projet de recherche intitulé *"Attitudes à l'égard du poids et de l'apparence corporelle – Enquête auprès des enfants d'âge préscolaire et de leurs parents"*. Ce projet vise à mieux comprendre les attitudes et les opinions en regard du poids et de l'apparence physique retrouvées chez les jeunes enfants ainsi que chez leurs parents. Dans ce projet, des séries photographiques représentant un adulte ainsi que des enfants de 4 et 5 ans seront présentées aux jeunes participants.

Votre enfant fait parti d'un petit groupe de jeunes invités à participer à la création des séries de photos qui seront utilisées pour ce projet. Il est âgé de 4 ou 5 ans et il correspond au profil des enfants recherchés pour créer la banque de photographies. C'est pourquoi nous faisons appel à sa participation ainsi qu'à la vôtre.

La participation à la création des séries de photographies se limite à une rencontre, d'une durée d'environ 30 minutes, avec un photographe. Des photographies de votre enfant seront prises debout, de face ou de profil et avec ses vêtements usuels. Ces photographies seront par la suite transformées à l'aide d'un ordinateur afin d'ajouter les modifications désirées par les chercheurs. Ces modifications viseront principalement à simuler une perte ou un gain de poids. Des modifications telles que l'ajout d'une prothèse au niveau d'un bras ou l'ajout d'une tache de vin au visage pourront également être apportées. Les photographies originales et modifiées vous seront présentées avant leur utilisation dans l'étude. Si vous refusez que ces photographies soient utilisées, elles seront immédiatement détruites. Suite à la prise des photographies, un montant de 20\$ ainsi qu'un ensemble de photos vous seront remis afin de dédommager les inconvénients du déplacement et de la participation. De plus, un léger goûter sera disponible sur place.

Lors de l'étude, les séries de photographies seront présentées à des enfants âgés de 4 ou de 5 ans et habitant la Montérégie. Le nom et le lieu de résidence de votre enfant ne seront jamais mentionnés. La série de photographies créée à partir des photos de votre enfant sera *exclusivement* utilisée aux fins de cette étude. Si elle est publiée, les traits de son visage seront préalablement brouillés à l'aide d'un ordinateur, et ce, afin de rendre impossible toute identification. Toutes les photographies, lorsque non-utilisées, seront conservées sous clé, et ce, pour une période maximale de 5 ans. Elles seront détruites par la suite.

Il nous fera plaisir de répondre à toute question de votre part. Vous pouvez rejoindre le Dr Julie Dufort au (450) 928-6777, poste 3094 ou par courriel à l'adresse suivante : j.dufort@rrsss16.gouv.qc.ca.

La création de la banque de photographies est une étape cruciale dans le développement de ce projet. Ainsi, votre participation nous est précieuse.

Signatures:

Je, soussigné(e), _____ (inscrire votre nom en lettres moulées),
père ☐ ou mère ☐ de _____ (inscrire le nom de votre enfant en
lettres moulées), **accepte** que mon enfant participe à la création d'une série de photographies
qui sera utilisée dans le projet de recherche mentionné ci-dessus. Il est entendu que mon
consentement est tout à fait volontaire et que je reste, à tout moment, libre de mettre fin à
la participation de mon enfant sans avoir à motiver ma décision ni à subir de préjudice de
quelque nature que ce soit.

Signature: _____

Fait à _____, le _____ 20____

Je déclare avoir expliqué le présent formulaire à la personne mentionnée ci-dessus et
répondu aux questions soulevées s'il y a lieu.

Le _____ 2002

/ /
Julie Dufort, M.D.
Affiliation universitaire
Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec), J4K 2M3

Annexe D

Lettre au Regroupement des centres de la petite enfance de la Montérégie (RCPÉM)



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine

Institut national
de santé publique

Québec

Direction DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE LA PLANIFICATION
ET DE L'ÉVALUATION
Affiliation universitaire (HCLM)

Le 21 novembre 2002

Mme Brigitte Lépine,
Service des communications,
Regroupement des centres de la petite enfance de la Montérégie,
1854, boulevard Marie,
Saint-Hubert (Québec) J4T 2A9

Madame,

Nous désirons vous informer de la tenue prochaine d'une étude intitulée *"Attitudes à l'égard du poids et de l'apparence corporelle – Enquête auprès des enfants d'âge préscolaire et de leurs parents"*. Cette étude vise à documenter les attitudes et les opinions à l'égard du poids et de l'apparence physique retrouvées chez les enfants âgés de 4 et 5 ans ainsi que chez leurs parents. Pour ce faire, certains services de garde de la Montérégie seront choisis au hasard afin de participer à ce projet. Les services de garde constituent une place de choix pour rejoindre la population d'âge préscolaire et c'est pourquoi nous faisons appel à leur participation.

Cette participation est essentielle afin de nous aider à dresser un portrait fidèle de la façon dont sont perçus le poids et l'apparence physique dans cette population. Ce portrait nous permettra de développer les connaissances dans le domaine des troubles de santé reliés au poids et à l'apparence physique. Ces connaissances sont importantes puisqu'elles pourront éventuellement permettre aux professionnels de la santé de mieux intervenir face aux problèmes reliés au poids.


Nous savons que votre soutien est important pour le bon déroulement de cette étude et qu'il favorisera la participation des services de garde. C'est pourquoi nous aimerions obtenir une lettre d'appui de votre part. Cette lettre sera jointe aux documents qui seront distribués aux services de garde invités à participer à cette étude.


L'étude comporte deux volets. Le premier volet consiste à évaluer les attitudes des enfants en ce qui a trait à l'obésité et à l'apparence physique. Pour ce faire, un membre de l'équipe de recherche, spécialement formé, se rendra dans les différents services de garde. Les attitudes des enfants seront recueillies par le biais d'activités consistant à classer des séries de photographies en ordre de préférence. La durée de ces activités est estimée à vingt minutes par enfant. Le deuxième volet vise à recueillir les opinions des parents par le biais d'un questionnaire pouvant être rempli à la maison et portant sur le même thème. Le consentement écrit des parents ainsi que l'assentiment des enfants seront demandés avant la tenue des activités.


La participation d'un service de garde à ce projet se limite à la distribution de documents aux parents ainsi qu'à l'accueil sur les lieux d'un membre de l'équipe de recherche, pour une journée ou deux, selon le nombre d'enfants participants. Vous trouverez, ci-joint, un exemplaire des documents qui seront distribués aux services de garde, aux parents, ainsi qu'une description des activités destinées aux enfants. Toutes les informations recueillies seront traitées de façon strictement confidentielle. Ce projet a été approuvé par le Comité de déontologie de la recherche de l'Hôpital Charles-LeMoine auquel est affiliée la Direction de la santé publique de la Montérégie.

Il nous fera plaisir de répondre à toute question de votre part. Vous pouvez rejoindre le Dr Julie Dufort au (450) 928-6777, poste 3094 ou par courriel à l'adresse suivante : j.dufort@rrsss16.gouv.qc.ca.

Espérant compter sur votre collaboration, nous vous prions de recevoir, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

 Gina Bravo, Ph.D.
Professeure titulaire
*Département des sciences de la santé communautaire,
Faculté de médecine, Université de Sherbrooke*

 Julie Dufort, M.D.
Affiliation universitaire
*Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation,
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie*

 Johanne Laguë, M.D., M.Sc. F.R.C.P.C.
*Coordonnatrice scientifique, unité "habitudes de vie"
Institut national de santé publique du Québec*

p.j. : Lettre aux services de garde, lettre aux parents, formulaire de consentement des parents, questionnaire aux parents, description des activités destinées aux enfants.

Annexe E

Lettre d'appui du RCPEM



Saint-Hubert, le 10 janvier 2003

Madame Gina Bravo, PhD
Madame Julie Dufort, M.D.
Madame Johanne Laguë, M.D., M.Sc., F.R.C.P.C.

**Objet: Attitudes à l'égard du poids et de l'apparence corporelle –
Enquête auprès des enfants d'âge préscolaire**

Mesdames,

Le Regroupement des centres de la petite enfance de la Montérégie (RCPEM) a pris connaissance du projet initié par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie traitant des attitudes à l'égard du poids et de l'apparence corporelle. Ce projet, qui tentera de rejoindre des enfants âgés de 4 et 5 ans ainsi que leurs parents, verra à évaluer l'existence de liens entre les valeurs sociales et les opinions émises sur l'apparence physique, d'une part, et, d'autre part, l'apparition des troubles liés à l'alimentation.

Il est certain que toute recherche ou enquête qui puisse améliorer la qualité de vie, le bien-être et la santé des enfants correspond à la mission de notre organisme. Le RCPEM, en effet, œuvre depuis plus de 25 ans pour l'amélioration continue de la qualité des services offerts aux enfants d'âge préscolaire et à leur famille. Ainsi, la tenue d'une enquête telle que celle proposée par la RRSSSM ne peut que nous réjouir.

Le RCPEM tient donc ici à manifester son appui envers ce projet de recherche. Soyez assurée de notre intérêt à collaborer le plus adéquatement possible dans ce dossier; n'hésitez donc pas à communiquer avec nous si cela vous semble nécessaire pour faciliter vos interventions auprès de nos centres de la petite enfance.

Avec l'assurance de notre collaboration, veuillez agréer, Mesdames, l'expression de nos meilleures salutations.

Claudette Pitre-Robin
Directrice

1854, boul. Marie
Saint-Hubert (Québec)
J4T 2A9

Tél.(450) 672-8826
Téléc.(450) 672-9648
Courriel:cpemonteregie@rcpem.com



Annexe F

Lettre d'invitation aux services de garde



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine

Institut national
de santé publique

Québec

Direction DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE LA PLANIFICATION
ET DE L'ÉVALUATION
Affiliation universitaire (HCLM)

Le 20 janvier 2003

Nom directrice (directeur)

Nom service

Adresse

Madame (Monsieur),

Nous menons présentement une étude intitulée "Attitudes à l'égard du poids et de l'apparence corporelle – Enquête auprès des enfants d'âge préscolaire et de leurs parents" et nous désirons vous inviter à y participer. Cette étude vise à documenter les attitudes et les opinions à l'égard du poids et de l'apparence corporelle retrouvées chez les enfants âgés de 4 et 5 ans ainsi que chez leurs parents. Pour ce faire, certains services de garde de la Montérégie ont été choisis au hasard et invités à participer. Les services de garde constituent une place de choix pour rejoindre la population d'âge préscolaire et c'est pourquoi nous faisons appel à la participation de (Nom du service). Le nom et l'adresse de votre centre ont été tirés du répertoire des centres de la petite enfance et autres services de garde, édition 2002-2003.

Cette étude nous permettra de développer les connaissances dans le domaine des troubles de santé reliés au poids et à l'apparence corporelle. Ces connaissances sont importantes puisqu'elles pourront éventuellement permettre aux professionnels de la santé de mieux intervenir face aux problèmes reliés au poids et aux troubles alimentaires.

L'étude comporte deux volets. Le premier volet consiste à évaluer les attitudes des enfants en ce qui a trait à l'obésité et à l'apparence corporelle. Pour ce faire, un membre de l'équipe de recherche, spécialement formé, se rendra dans les différents services de garde. Les attitudes des enfants seront recueillies par le biais d'un bref questionnaire présenté sous forme de jeu et consistant à classer des séries de photographies en ordre de préférence. La durée du jeu-questionnaire est estimée à 15 minutes par enfant. Le deuxième volet vise à recueillir les opinions des parents par le biais d'un questionnaire pouvant être rempli à la maison et portant sur le même thème. Le consentement écrit des parents ainsi que l'assentiment des enfants seront demandés avant la tenue des activités.

La participation d'un service de garde à ce projet se limite à la distribution de documents aux parents ainsi qu'à l'accueil sur les lieux d'un membre de l'équipe de recherche, pour une journée ou deux, selon le nombre d'enfants participants. Vous trouverez, ci-joint, un exemplaire des documents qui seront distribués aux parents ainsi qu'une description du jeu-questionnaire destiné aux enfants. Toutes les informations recueillies seront traitées de façon strictement confidentielle. Ce projet a été approuvé par le Comité de déontologie

de la recherche de l'Hôpital Charles-LeMoyne auquel est affiliée la Direction de la santé publique de la Montérégie et il a obtenu l'appui du Regroupement des Centres de la Petite Enfance de la Montérégie (RCPEM).

Dans les prochains jours, un membre de l'équipe de recherche vous rejoindra par téléphone afin de répondre à vos questions, de recueillir vos commentaires et de discuter de votre participation. Si vous acceptez de participer à l'étude, une date sera fixée, à votre convenance, pour le déroulement des activités. D'ici-là, si vous désirez plus d'informations, vous pouvez rejoindre le Dr Julie Dufort au (450) 928-6777, poste 3094 ou par courriel à l'adresse suivante: j.dufort@rrsss16.gouv.qc.ca.

Votre participation est primordiale afin de nous aider à dresser un portrait représentatif de la façon dont sont perçus le poids et l'apparence corporelle dans la population d'âge préscolaire.

Espérant compter sur votre collaboration, nous vous prions de recevoir, Madame (Monsieur), l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Gina Bravo, Ph.D

Professeure titulaire

*Département des sciences de la santé communautaire,
Faculté de médecine, Université de Sherbrooke*

Julie Dufort, M.D.

Affiliation universitaire

*Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation,
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie*

Johanne Laguë, M.D., M.Sc. F.R.C.P.C.

*Coordonnatrice scientifique, unité "habitudes de vie"
Institut national de santé publique du Québec*

p.j. : Lettre d'appui du RCPEM, lettre aux parents, formulaire de consentement des parents, questionnaire destiné aux parents, description du jeu-questionnaire destiné aux enfants.

Annexe G

Lettre d'invitation aux parents



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine

Institut national
de santé publique

Québec

Direction DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE LA PLANIFICATION
ET DE L'ÉVALUATION
Affiliation universitaire (HCLM)

Le 10 février 2003

Madame, Monsieur,

Il existe plusieurs problèmes de santé reliés au poids et à l'apparence corporelle. On peut par exemple penser à l'obésité ou encore aux troubles alimentaires tels que l'anorexie. Les opinions personnelles et les valeurs sociales en ce qui concerne l'attrait physique pourraient influencer le développement et l'évolution de ces problèmes de santé. Elles pourraient également expliquer en grande partie certains comportements potentiellement dangereux pour la santé, comme par exemple les diètes excessives et les jeûnes. Afin de permettre aux professionnels de la santé de mieux intervenir face aux problèmes reliés au poids et aux troubles alimentaires, il est important de documenter les opinions et les attitudes en matière d'attrait physique et de comprendre comment elles se développent.

Votre enfant et vous faites parti d'un petit groupe de personnes invitées à nous faire part de leurs opinions au sujet de l'apparence corporelle par le biais d'un projet intitulé "*Attitudes à l'égard du poids et de l'apparence corporelle – Enquête auprès des enfants d'âge préscolaire et de leurs parents*". Ce projet de recherche est conduit par l'Affiliation universitaire de la Direction de la santé publique de la Montérégie, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke. Il vise les enfants d'âge préscolaire ainsi que leurs parents. Votre enfant est âgé de 4 ou 5 ans et il correspond au profil des enfants recherchés pour cette étude. C'est pourquoi nous faisons appel à sa participation ainsi qu'à la vôtre.

Cette étude comporte deux volets. Le premier volet aura lieu le (date) au (nom du service de garde). À cette occasion, les opinions de votre enfant seront recueillies par le biais d'un bref questionnaire présenté sous forme de jeu. Ce jeu-questionnaire durera environ une quinzaine de minutes. Le deuxième volet vise à recueillir vos opinions par le biais d'un questionnaire pouvant être rempli à la maison et portant sur le même thème. Vous trouverez plus d'informations au sujet du déroulement de cette étude dans le formulaire de consentement ci-joint. Nous vous prions de le signer et de le retourner au service de garde de votre enfant, et ce, avant le: (date)_____.

Toutes les informations recueillies dans cette étude seront traitées de façon strictement confidentielle. L'utilisation d'un numéro plutôt que de votre nom lors de l'identification des activités et du questionnaire assurera la confidentialité de vos réponses. Ce projet a d'ailleurs été approuvé par le Comité de déontologie de la recherche de l'Hôpital Charles-LeMoine auquel est affiliée la Direction de la santé publique de la Montérégie et il a obtenu l'appui du Regroupement des Centres de la Petite Enfance de la Montérégie (RCPEM).

Il nous fera plaisir de répondre à toute question de votre part. Vous pouvez rejoindre le Dr Julie Dufort au (450) 928-6777, poste 3094 ou par courriel à l'adresse suivante : j.dufort@rrsss16.gouv.qc.ca.

Votre participation est primordiale afin de nous aider à dresser un portrait représentatif de la façon dont le poids et l'apparence corporelle sont perçus dans la population. De plus, votre collaboration permettra le développement des connaissances dans le domaine des troubles de santé reliés au poids et à l'apparence corporelle.

Espérant compter sur votre collaboration, je vous prie de recevoir, au nom de toute l'équipe de recherche, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Julie Dufort, M.D.

Affiliation universitaire

Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec), J4K 2M3

p.j. : Formulaire de consentement, lettre d'appui du RCPEM.

Annexe H

Formulaire de consentement – participation à l'étude



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine

Institut national
de santé publique

Québec

Direction

DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE LA PLANIFICATION
ET DE L'ÉVALUATION

Affiliation universitaire (HCLM)

Attitudes à l'égard du poids et de l'apparence corporelle.

Enquête auprès des enfants
d'âge préscolaire et de
leurs parents.



◆ Formulaire de consentement

L'illustration de la couverture
est tirée du site web créé pour "The Rudd Institute"
<http://www.ruddinstitute.org/institute.asp>

Formulaire de consentement pour la participation de mon enfant au projet de recherche intitulé:

Attitudes à l'égard du poids et de l'apparence corporelle

Enquête auprès des enfants d'âge préscolaire et de leurs parents

Responsables du projet :

Gina Bravo, Ph. D.

Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke

Julie Dufort, M.D.

*Affiliation universitaire, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie*

Johanne Laguë, M.D., M.Sc. F.R.C.P.C.

Unité "habitudes de vie", Institut national de santé publique du Québec

Lyne Mongeau, Dt.P., M.Sc.

Unité "habitudes de vie", Institut national de santé publique du Québec

Présentation du projet :

Ce projet de recherche vise à mieux comprendre les attitudes et les opinions en regard du poids et de l'apparence corporelle retrouvées chez les enfants d'âge préscolaire ainsi que chez leurs parents. Votre enfant est âgé de 4 ou 5 ans et fréquente un service de garde. Il correspond au profil des enfants recherchés pour cette étude. C'est pourquoi nous faisons appel à sa participation ainsi qu'à la vôtre.

Nature de la participation :

Si j'accepte que mon enfant participe à cette recherche, un membre de l'équipe de recherche se déplacera dans le milieu de garde usuel de mon enfant, sur les heures habituelles de fréquentation, afin de recueillir les opinions et les attitudes qu'il(elle) présente en regard du poids et de l'apparence corporelle. Sa participation consistera à répondre à un bref questionnaire sous forme de jeu durant lequel il(elle) aura à classer en ordre de préférence des photographies représentant des personnes dont l'apparence corporelle a été modifiée par ordinateur. Au total, le jeu-questionnaire durera environ 15 minutes. En tout temps, pour quelque raison que ce soit, mon enfant pourra prendre une pause ou se retirer complètement de l'étude s'il(elle) le désire.

Le jeu-questionnaire se déroulera le: _____

Suite à la participation de mon enfant, un court questionnaire me sera remis et devra être rempli par moi-même ou par le père/la mère de mon enfant. Dans ce questionnaire, des questions concernant notre famille ainsi que nos opinions et nos attitudes à l'égard du poids et de l'apparence corporelle seront posées. Il faudra compter environ 15 minutes pour remplir le questionnaire. Celui-ci pourra être rempli à domicile puis retourné par la poste ou par le biais du service de garde fréquenté par mon enfant.

Avantages pouvant découler de la participation à l'étude :

Il n'y a pas d'avantage personnel à participer à cette étude. Toutefois, notre famille aura ainsi la possibilité de contribuer à l'avancement des connaissances sur les attitudes face au poids et à l'apparence corporelle. Ces connaissances pourront par la suite être utilisées dans l'élaboration de divers programmes de santé publique se rapportant, entre autre, à la prévention de l'obésité ainsi qu'à la prévention des troubles alimentaires tels que l'anorexie et la boulimie.

Inconvénients pouvant découler de la participation à l'étude :

Il n'y a pas d'inconvénient à participer à cette étude.

Risques :

Il est entendu que la participation à ce projet de recherche ne fait courir aucun risque à mon enfant ou à ma famille. Il est entendu que la participation à cette étude n'aura aucun effet sur les soins reçus par mon enfant dans le milieu de garde qu'il fréquente.

Confidentialité :

Nous pouvons vous assurer que les informations recueillies demeureront strictement confidentielles. Afin d'assurer cette confidentialité, les noms de votre enfant et du parent répondant au questionnaire seront remplacés par un code numérique auquel seuls les chercheurs auront accès. Toutes les données seront conservées sous clé et ce, pour une période maximale de 5 ans. Elles seront détruites par la suite.

Consentement et déclaration :

Je, soussigné(e), _____ (inscrire votre nom en lettres moulées),
père ☐ ou mère ☐ de _____ (inscrire le nom de votre
enfant en lettres moulées), **accepte** que mon enfant participe au projet de recherche décrit ci-
dessus. J'**accepte** également de participer à ce projet.

Je reconnais avoir pris connaissance et compris les informations sur le projet en titre. J'ai été informé(e) de façon satisfaisante sur la nature de ma participation ainsi que celle de mon enfant et j'accepte que l'information recueillie puisse être utilisée, de façon confidentielle, pour des fins de communication scientifique et professionnelle.

*Si vous **refusez** que votre enfant participe à cette étude, vous pouvez l'indiquer ci-dessous puis passer immédiatement à la 4^{ième} page de ce document.*

*Je refuse que mon enfant _____ (inscrire le nom de votre
enfant en lettres moulées), participe au projet de recherche décrit ci-dessus.*

Retrait de l'étude :

Il est entendu que le consentement à la participation de mon enfant à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que je reste, à tout moment, libre de mettre fin à sa participation sans avoir à motiver ma décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Advenant le retrait de mon enfant, je demande que les documents écrits qui le concernent soient détruits: Oui ☐ Non ☐

Engagement des chercheurs :

Il est entendu que les chercheurs s'engagent à m'aviser de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de mon consentement. Ils s'engagent également à m'aviser si la présente étude est interrompue.

Signature :

Signature du parent : _____

Fait à _____, le _____ 20____

Personnes à contacter :

Pour toute information concernant le déroulement de cette étude, pour discuter des modalités et des conséquences d'un éventuel retrait ou pour toute urgence, veuillez contacter le Dr Julie Dufort, responsable du projet, au numéro suivant : (450) 928-6777 poste # 3094.

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir fait part à la personne responsable du projet, expliquer vos préoccupations au Dr Sylvain Brunet, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles-LeMoyne. Cette personne peut être rejointe au (450) 466-5000, poste #2564.

✓ ✓
Dr Julie Dufort
Affiliation universitaire
*Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec), J4K 2M3*

☆	N'oubliez pas de retourner ce formulaire au service de garde de votre enfant, et ce avant le	☆
		2003

Cette section s'adresse exclusivement aux parents *refusant* que leur enfant participe à cette étude.

Cette section contient quelques questions qui nous permettront de comparer les personnes acceptant de participer à cette étude et celles refusant. Il est **important** pour le succès de cette étude de connaître ces informations. Vous êtes toutefois libre d'y répondre ou non. Si vous acceptez, vous pouvez être **assuré(e)** que les informations fournies seront traitées de façon **confidentielle**.

1. Je suis le père ☐ ou la mère ☐ de l'enfant invité à participer à l'étude.

2. Je suis âgé(e) de : _____ ans

3. Je suis présentement :

Célibataire.....	<input type="checkbox"/>
Marié(e).....	<input type="checkbox"/>
Conjoint(e) de fait.....	<input type="checkbox"/>
Divorcé(e).....	<input type="checkbox"/>
Veuf(ve).....	<input type="checkbox"/>

4. Je m'identifie au groupe ethnique ou culturel suivant : _____
(Exemple: québécois, autochtone, chinois, italien, arabe, grec, etc.)

5. Quel niveau de scolarité avez-vous complété ?

Primaire.....	<input type="checkbox"/>
Secondaire.....	<input type="checkbox"/>
Collégial (Cégep).....	<input type="checkbox"/>
Universitaire (1 ^{er} cycle).....	<input type="checkbox"/>
Universitaire (cycles supérieurs).....	<input type="checkbox"/>

6. Mon enfant est âgé de : 4 ans ☐ 5 ans ☐

7. Mon enfant est de sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

8. Mon enfant habite la plus grande partie du temps avec :

Son père et sa mère.....	<input type="checkbox"/>
Son père seulement.....	<input type="checkbox"/>
Sa mère seulement.....	<input type="checkbox"/>
Alternativement avec son père et sa mère.....	<input type="checkbox"/>
Avec son père et sa conjointe.....	<input type="checkbox"/>
Avec sa mère et son conjoint.....	<input type="checkbox"/>
Autre, précisez: _____	

Nous vous remercions de votre collaboration !

☆	N'oubliez pas de retourner ce formulaire au service de garde de votre enfant, et ce <i>avant</i> le _____ 2003	☆
---	---	---

Annexe I

Lettre de remerciement aux services de garde



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine

Institut national
de santé publique

Québec

Direction DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE LA PLANIFICATION
ET DE L'ÉVALUATION
Affiliation universitaire (HCLM)

Le 15 mai 2003

Nom directrice (directeur)

Nom service

Adresse

Madame (Monsieur),

Nous vous remercions grandement, votre personnel et vous, de votre participation au projet de recherche intitulé *"Attitudes à l'égard du poids et de l'apparence corporelle – Enquête auprès des enfants d'âge préscolaire et de leurs parents"*. Par votre participation, vous avez contribué à l'avancement des connaissances sur les attitudes face au poids et à l'apparence physique. Ces connaissances pourront être utilisées dans l'élaboration de divers programmes de santé publique portant, par exemple, sur la prévention de l'obésité ou encore sur la prévention des troubles alimentaires tels que l'anorexie et la boulimie.

Nous avons joint à cette lettre des documents devant être distribués à quelques parents. Afin de compléter votre participation, nous vous prions de bien vouloir les remettre aux parents concernés. Il s'agit de lettres de remerciement et de lettres de rappel.

Nous en profitons également pour vous laisser savoir que les résultats de cette étude seront disponibles en 2004. Il nous fera plaisir de vous les faire parvenir à ce moment. Vos noms et adresses seront d'ailleurs conservés à cet effet.

Si vous avez des questions concernant le projet, vous pouvez rejoindre le Dr Julie Dufort au (450) 928-6777, poste 3094 ou par courriel à l'adresse suivante: j.dufort@rrsss16.gouv.qc.ca.

Ce projet est une étape importante dans le développement des connaissances qui pourront permettre aux professionnels de la santé de mieux intervenir face aux problèmes reliés au poids et aux troubles alimentaires. Ainsi, votre participation nous a été précieuse.

Je vous prie de recevoir, au nom de toute l'équipe de recherche, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Julie Dufort, M.D.

Affiliation universitaire

Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec), J4K 2M3

Annexe J

Lettre de remerciement aux parents



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine

Institut national
de santé publique

Québec

Direction	DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION
Affiliation universitaire (HCLM)	

Le 15 mai 2003

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions grandement, votre enfant et vous, de votre participation au projet de recherche intitulé *"Attitudes à l'égard du poids et de l'apparence corporelle – Enquête auprès des enfants d'âge préscolaire et de leurs parents"*. Par votre participation, vous avez contribué à l'avancement des connaissances sur les attitudes face au poids et à l'apparence physique. Ces connaissances pourront être utilisées dans l'élaboration de divers programmes de santé publique portant, par exemple, sur la prévention de l'obésité ou encore sur la prévention des troubles alimentaires tels que l'anorexie et la boulimie.

Nous en profitons pour vous laisser savoir que les résultats de cette étude seront disponibles en 2004 auprès du service de garde fréquenté par votre enfant. Nous vous rappelons également que les données recueillies durant l'étude seront traitées de façon confidentielle. Si vous avez des questions suite à votre participation à ce projet, vous pouvez rejoindre le Dr Julie Dufort au (450) 928-6777, poste 3094 ou par courriel à l'adresse suivante: j.dufort@rrsss16.gouv.qc.ca.

Ce projet est une étape importante dans le développement des connaissances qui pourront permettre aux professionnels de la santé de mieux intervenir face aux problèmes reliés au poids et aux troubles alimentaires. Ainsi, votre participation nous a été précieuse.

Je vous prie de recevoir, au nom de toute l'équipe de recherche, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Julie Dufort, M.D.

Affiliation universitaire



Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec), J4K 2M3

Annexe K
Carte de rappel

Recto :



Verso :

 <p>RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MONTÉRÉGIE</p> <p><small>DSPPÉ Affiliation universitaire (HCLM)</small></p>	 <p>UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE Faculté de médecine</p>	<p>Institut national de santé publique Québec</p>	
<p>Il y a deux semaines, nous vous avons fait parvenir un questionnaire portant sur les attitudes à l'égard du poids et de l'apparence corporelle. Si vous avez déjà rempli et retourné le questionnaire, nous vous en remercions. Sinon, nous vous prions de le faire dès aujourd'hui.</p>			<p>Aux parents de : _____</p>
<p>Ce questionnaire a été envoyé à un nombre restreint de personnes. Il est donc très important d'obtenir le plus de réponses possible de manière à ce que les résultats reflètent l'opinion des gens concernés.</p>			<p>_____</p>
<p>Si vous n'avez pas reçu ce questionnaire ou si vous l'avez égaré, vous pouvez contacter le Dr Julie Dufort au 450-928-6777, poste 3094, et nous vous en ferons parvenir un autre dès aujourd'hui.</p>			<p>_____</p>
<p>Au nom de toute l'équipe de recherche, je vous remercie de votre précieuse collaboration.</p>			<p>_____</p>
<p>Julie Dufort, M.D. Responsable du projet</p>			<p>_____</p>
			<p>_____</p>

Annexe L

Lettre de rappel



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine

Institut national
de santé publique

Québec

Direction	DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION Affiliation universitaire (HCLM)
-----------	---

Le 15 mai 2003

Madame, Monsieur,

Il y a quelques semaines, nous vous avons fait parvenir un questionnaire portant sur les attitudes à l'égard du poids et de l'apparence corporelle. Si vous avez déjà rempli et retourné le questionnaire, nous vous en remercions. Sinon, nous vous prions de le faire dès aujourd'hui. Vous trouverez, ci-joint, une copie de ce questionnaire.

Ce questionnaire a été envoyé à un nombre restreint de personnes. Il est donc très important d'obtenir le plus de réponses possible de manière à ce que les résultats reflètent l'opinion des gens concernés.

Si vous avez des questions concernant votre participation à cette étude, vous pouvez contacter le Dr Julie Dufort au 450-928-6777, poste 3094.

Au nom de toute l'équipe de recherche, je vous remercie de votre précieuse collaboration.

Julie Dufort, M.D.
Affiliation universitaire

*Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beaugard, Longueuil (Québec), J4K 2M3*

Annexe M

Approbation du Comité de déontologie de la recherche



**Centre de recherche
Hôpital Charles LeMoine**
Centre affilié universitaire
et régional de la Montérégie

Le 18 octobre 2002

Dre Gina Bravo
RRRSS-Montérégie
1255 rue Beauregard
LONGUEUIL (Québec)
J4K 2M3

OBJET : Projet **2002-03-29** - Attitudes en regard du poids et de l'apparence corporelle –
Enquête auprès des enfants d'âge préscolaire et de leurs parents

Docteur,

Il me fait plaisir de vous informer que le Comité de déontologie de la recherche, lors de sa réunion du 8 octobre 2002 de même que le Comité administratif de la recherche, lors de sa réunion du 3 octobre 2002, ont recommandé l'acceptation de votre projet de recherche cité en rubrique. Nous vous transmettons ci-joint, les extraits des procès-verbaux de ces réunions qui vous informent des conditions émises par les membres de ces comités.

Sous réserve du respect de ces conditions, s'il y en a, vous êtes autorisé à procéder à la réalisation de ce projet, selon les termes et conditions détaillés dans leurs recommandations respectives et ce, selon les modalités du projet soumis. S'il advenait des changements significatifs aux prévisions budgétaires ci-jointes, vous êtes tenu d'en informer l'adjoint à l'administration du Centre.

Cette autorisation est valable pour une période d'un an. Si la durée de votre projet excède cette échéance, vous devrez compléter une annexe 4 (disponible au secrétariat du Centre de recherche) et la soumettre au Comité de déontologie de la recherche au plus tard à la fin du mois d'août 2003. Votre projet pourra ainsi se poursuivre si vous obtenez une recommandation positive du Comité de déontologie de la recherche.

Il est entendu que l'Hôpital Charles LeMoine n'assume aucun frais reliés à ce projet de recherche.

Veuillez recevoir l'expression de notre considération la plus distinguée.

Le directeur du Centre de recherche

Dr Jean Cusson, MD, PhD, FRCPC
/mg

c.c. : M. Jacques Blais, adjoint à l'administration, Centre de recherche
Mme Nicole Bouchard, archives médicales
M. Gilles Villeneuve, directeur des ressources financières et matérielles

Comité administratif de la recherche-Hôpital Charles LeMoine

Réunion du 3 octobre 2002

**RECOMMANDATION DU COMITÉ ADMINISTRATIF DE LA RECHERCHE
(CAR)**

Prendre note que tous les projet soumis au Comité administratif de la recherche ne sont étudiés que dans leur aspect administratif.

Projet no. : **2002-03-29**

Titre du projet : **Attitudes-poids et apparence**

Chercheur : Dres Gina Bravo, Julie Dufort, Johanne Laguë, Line Mongeau

Projet : *Intra mural* ☐ *Extra mural* ☒

Projets subventionné ☐ *Projet commandité* ☐ *Projet indépendant* ☒

Organisme subventionnaire ou commanditaire : **Projet de maîtrise**

Montant de la subvention ou commandite : **5 000 \$ (320 enfants et parents)**

Avance de fonds prévue au projet : *OUI* ☒ *NON* ☐ *S/O* ☐

Financement : **Complet**

Remarque :

Décision du comité : *Recommandation sans condition :* ☒

Recommandation conditionnelle : ☐ _____

Projet non considéré, doit être présenté après modifications ☐

*Jacques Blais
L'adjoint à l'administration du Centre de recherche
Secrétaire du Comité administratif de la recherche*

/mdg